COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES RESTRICTED
HR02322668

SERIAL

Ed. 1 - 2

Jan. 1885

Nov. 1884

N

Columbia University
in the City of New York

College of Physicians and Surgeons

Reference Library

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/newyorkermedizin1218unse

Phillips's Wohlschmeckende Leberthran-Emulsion (Palatable Cod-liver Oil Emulsion), peptonisirt oder theilweise durch Pancreatin verdaut. Durch feinste Vertheilung des Oeles weder in Milch noch in Wasser dem Auge sichtbar. Bestellt den illustrirten Catalog der **Chas. H. Phillips Chemical Co., 30 Platt St., New York.**

No. 1. Bd. I. —11 *Preis: $2.50 per annum.*

New Yorker Medizinische Presse.

Organ der deutsch-amerikanischen Aerzte.

December 1885.

Peptogenisches Milch-Pulver

(PEPTOGENIC MILK POWDER)

zur Bereitung

Menschlicher Milch.

Ein Ersatzmittel für natürliche Muttermilch,

welches allen chemischen und physiologischen Anforderungen entspricht.

Ich habe aus ihrem Peptogenischen Milch-Pulver zu wiederholten Malen Milch hergestellt und dieselbe analysirt. Erlauben Sie mir meine feste Ansicht auszusprechen, dass Peptogenisches Milch-Pulver bei genauer Befolgung der Vorschrift, ein Nahrungsmittel für Kinder ergiebt, welches in jeder Beziehung menschlicher Milch näher kommt, als irgend ein anderes uns bekanntes Produkt.

ALBERT R. LEEDS, PH. D.,
Professor der Chemie,
STEVENS INSTITUTE OF TECHNOLOGY, Hoboken, N. J.

Pamphlete mit genauen Informationen werden auf Verlangen gratis versandt.

Fairchild, Bros. & Foster, 82 & 84 Fulton Street, N. Y.

Phillips's Magnesia-Milch (*Milk of Magnesia*), zuverlässigstes Antacidum gegen Kinderchlolera, Diarrhoe, Verdauungsstörungen etc.

Phillips's leichtverdaulicher Cacao (*Digestible Cocoa*), mit Pancreatin, herrliches, nahrhaftes Getränk.

CHEROUNY PRINTING & PUBLISHING CO., 17—27 Vandewater St., N. Y.

FELLOWS'

HYPOPHOSPHITES

(Syr : Hypophos : Comp : Fellows)

Contains the ESSENTIAL ELEMENTS to the Animal Organization—Potash and Lime;

The OXYDIZING AGENTS—Iron & Manganese;

The TONICS—Quinine and Strychnine;

AND THE

VITALIZING CONSTITUENT—Phosphorus,

Combined in the form of a Syrup, with *slight alkaline reaction.*

It Differs in Effect from all Others, being pleasant to taste, acceptable to the stomach, and harmless under prolonged use.

It has Sustained a High Reputation in America and England for efficiency in the treatment of Pulmonary Tuberculosis, Chronic Bronchitis, and other affections of the respiratory organs, and is employed also in various nervous and debilitating diseases with success.

Its Curative Properties are largely attributable to Stimulant, Tonic and Nutritive qualities, whereby the various organic functions are recruited.

In Cases where innervating constitutional treatment is applied, and tonic treatment is desirable, this preparation will be found to act with safety and satisfaction.

Its Action is prompt; stimulating the appetite, and the digestion, it promotes assimilation, and enters directly into the circulation with the food products.

The Prescribed Dose produces a feeling of buoyancy, removing depression or melancholy, and hence is of great value in the treatment of Mental and Nervous Affections.

From its exerting a double tonic effect and influencing a healthy flow of the secretions, its use is indicated in a wide range of diseases.

Each bottle of FELLOWS' HYPOPHOSPHITES contains 128 doses.

PREPARED BY

JAMES I. FELLOWS, Chemist,

48 VESEY STREET, NEW YORK.

Circulars and Samples sent to Physicians on application.

FOR SALE BY ALL DRUGGISTS.

Index zu Band I

der

New-Yorker Medizinische Presse.

A.

Abnabelung, Zeitpunkt der.....133
Abortus, zur Behandlung des...170, 208
,, durch Intermittens-Paroxysmus 9
Abscess des Retropharynx.....193
Acne, Harnröhren-Stahlsonden bei..167
Adenoide Vegetation.....231
Aetiologie der akuten Osteomyelitis.281
,, der Blennorrhoea neonatorum..... 52
Aetiologie der Mercurial-Stomatitis, zur 86
Aetiologie des Wundstarrkrampfes, zur 283
Alkoholmissbrauch, Wirkung des auf den kindlichen Organismus..... 29
Aluminium 232
American Med. Association, Sitzung der.....270
Anastheticum, Apomorphin als.....275
Anatomie, vergleichende des Pyramiden-Tractus 264
Aneurysma der Subclavia sinistra...205
Angina tongillaris, mit Diphtheria und Retropharyngealabscess.....193
Angiom in der Gesichtshaut.....203
Antipyrin, incompatibel mit Spir. aeth. nitr..... 35
Antipyrin, im Stypticum..... 36
Antisepticum, ein neues, Hydronaphthol..... 43
Antisepticum, ein neues, Jodol..... 42
Aorta-Klappen, musikalisches Distanzgeräusch an den 149
Aorta thoracica, völlige Obliteration der..... 31
Apomorphin als Anaestheticum.....275
Apparate, Electromedizinische und Methoden.....63, 102, 159
Arsenikvergiftung, Ferrumdialysatum bei.....275
Atrophie-Methode, Resultate der ... 43
Atropinvergiftung, zwei Fälle von...274

B.

Bacillen, der Syphilis.....174
Bacillen-Taberkel, über 135
Bacillen, Kampf der, gegen Bacterien 135
Bankett, das jährliche der Med.-Chir. Ges. deutscher Aerzte..... 90
Basedow's Krankheit, Retraction des oberen Lides bei.....192
Battery, die Closed Cell Pocket..... 73
Becken-Abscesse, Drainage der 282
,, -Eingangsachse, Lage der.... 35
,, -Haematom, extraperitoneales 10
Beef-Peptonoids, Gebrauch per rectum.....214
Behandlung der Blennorrhoea ne onatorum..... 54
Belladonnavergiftung 274
Berliner med. Gesellschaft, das 25-jährige Jubiläum der 44
Bleioleatsalbe..... 70
Blennorrhoea ne onatorum 52
Blutgefässneubildung in d. Gesichtshaut 203
Blut-Kaverne, alte, im rechten Kleinhirn 260
Blutscheiben, Zerstörung der..... 43
Blutungen, bei Intermittens 6
Bolus-Pasten 115
Brain, calcareous gumma in the..... 83
Bubo, Virulenz des, bei weichem Schanker..... 85
Bubonen 189
Bücherschau.....139, 186, 248, 289
Buffalo Obstetr-Society.....243
Bulbus, Exenteration des..... 26

C.

Cabinet, pneumatisches, Wirkung auf die Circulation.....241
Calcareous gumma in the brain..... 83
Canülen statt Tracheotomie.....182
Carbolvergiftung, akute 153
,, lethale Dosis bei..157
Carpalgelenk, Ganglien des rechten.150
Cerebrale Kiuderlähmung..... 30
Chinin bei Ovarien-Cyste.....286
Chininwirkung, konträre..... 35
Chirurgie (Referat)..... 38
,, deutsche Gesellschaft für.281
Chlorine-Seife 280
Chloroformvergiftung.....222
Cholera, Therapie der..... 200
Chrysarobin, innerlich, bei Ekzem der Kinder 121

Chrysarobin-Paste, Fox's, gegen Psoriasis 117
Cocain 25, 126
„ klinische und experimentelle Beobachtungen über 105
Cocain, zur Wirkung des 164
Cocainum muriaticum gegen Seekrankheit 32
Cochlea, „Politzer" bei Congestion der 2
Collodium, in der Dermatotherapie 116
Commission, die Gelbfieber 177
Condenser, Bedeutung des im secundären Stromkreise 139
Congress, 15., der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 281
Congress, der 9. internationale medizinische 74, 121
Congressliches 24
Contagium der Syphilis 174
Contraction, Folge von hereditaerer Syphilis 192
Cornea, die Mitbetheiligung der bei Blenn. neon 56
Cornutin 272
Correspondenzen aus
Buffalo 184
Cincinnati 137, 238
Detroit 138, 236
Louisville 276
Philadelphia 97, 276
San Francisco 136, 185
Croup, Intubation des Larynx bei .. 232
Crust-Pepsin 248
Curette, die nach Abortus 288
Curiositäten 188

D.

Darmbein, Trepanation des 282
Denguefieber 180
Dentition, Otitis während der ersten 19 71, 118.
Dermatologie (Referat) 128
Dermatologische Behandlungsmethoden, neuere 15, 68, 115, 168
Desinfection der Scheidentamponade 133
Dextrin-Pasten 116
Diagnose der Ovarialtumozen 49
Differentation, pneumatische 239
Diphtherie 193
Dislocation der Leber 33
Dispensary, deutsches der Stadt New York, Jahresbericht für 1885 92
Distanzgeräusch an den Aortaklappen 149
Distorsion des Larynx 169
Drainage von Beckenabscessen durch Trepanation des Darmbeines 282
Drainage bei Beckenhaematomen ... 10
Drehleber 33
Dünndarm, Fettaufsaugung im 181
Dysmenorrhoea bei retroversio uteri 247 289

E.

Editorielle Notizen 22, 123, 178, 222, 269
Eisen, Art der Wirkung des 36
Ekzem, bei Kindern 129
„ Verschlimmerung des, unter Salbenhehandlung 15
Electrolyse bei Hautkrankheiten 203
„ zur dauernden Entfernung von Haaren 2
Electro-medizinische Apparate und Methoden 63, 102, 159
Emphysem durch Pertussis 251
Entbindung, vorzeitige, durch Intermittens Paroxysmus 9
Epheliden 205
Epilepsie 229
Erbrechen, unstillbares, einer Schwangeren 34, 214
Ergotinin 272
Ernährung bei Larynx-Phthisis 233
„ *per rectum* mit Beef-Peptonoids 214
Erysipelas, innerliche Verwendung v. Liqu. ferri sesquichlorati gegen 35
Erysipelas, white lead paint gegen .. 130
Eustachian tube, inflation of, in children 234
Excipientien, klebende 117
Exenteratio bulbi 26
Exstirpation der Nieren 38

F.

Fairchild's Trypsin 270
Farbstoffe der melanotischen Sarcome 273
Favus, Naphthol bei 165
Febris intermittens, Symptome und Complicationen 6
Fehlgeburten, Entleerung des Uterus nach 221
Ferrum dialysatum bei Arsenikvergiftung 275
Ferrum sesquichloratum, innerlich gegen Erysipelas 35
Fettaufsaugung im Dünndarme 181
Fieber-Dengue 180
„ gelbes 177
Flint, Austin, Nekrolog 225

G.

Gallen-Blasencyste, ein Fall von 66, 111
" Fistel 32
Galvanometer, astatisches 196
„ ein neues 63
Ganglion des Carpalgelenkes 150
Gastritis im Kindesalter 268, 277
Geburtshülfe (Referate) 34, 131
Gehörknöchelchen, Massage der 234
„ mechanische Behandlung der 235
Glaucom, zur Kenntniss des 255, 280
Glycerin-Gelatine, Unna's 116
Gumma calcrevus in the brain 83
„ der Zunge 86
Gummi-Pasten 116
Guttaperchapflastermulle, Unna's ... 117
Gynækologie (Referate) 34, 131

H.

Hæmatemesis, in Malaria-Anfällen .. 8
Harnblasenektopie, Heilung der 284

Hautkrankheit, eine noch unbeschriebene 129
Hautkrankheiten, Electrolyse bei ... 203
Herpes tonsurans, Naphthol bei 165
Hirntumoren, zur Casuistik der.... 227
Hopëin 271
Hydrocele multilocularis 39
Hydronaphthol 43
Hyperæmie der rechten Hemisphære 194
Hyperhidrosis, Zinkoleat bei 69
Hypertrichosis, Radikalbehandlung der 6

I.

Idiosynkrasie gegen Jodoform und Carbol 267
Impetigo bei Kindern 129
Incision, vaginale, bei Beckenhämatom 10, 12
Incubationsstadium der Blemorrhœa neonatorum 53
Incubationsstadium der Blemorrhœa ne onatorum 53
Inductionsapparat, ein neuer 102
Infection — Malaria 134
Infusion and Transfusion 284
Intermittens, Febris 6
Internationaler med. Congress ..74, 121
Intubation des Larynx bei Croup ... 232
Irrigationen, prophylaktische des Uterus 131
Irrigationen, geburtshülfliche, Sublimatvergiftung bei 131
Irresein, tödtliches, mit lokalisirten Krämpfen 74

J.

Jaborandi, bei Nephritis 180
Jodkalium per rectum 130
Jodoform bei Meningitis tuberculosa 217
,, Idiosynkrasie gegen 267
Jodol, ein neues Antisepticum 42

K.

Karbol, Idiosynkrasie gegen 267
Keuchhusten-Behandlung 233
Kinder, Zahnen der, als Krankheitserreger 71
Kindesalter, Meningitis cerebrospinalis im 183
Kindesalter, der akute Magenkatarrh im 268
Kleinhirn, alte Blutkaverne im rechten 260
Kleister-Pasten 116
Kontagiosität der Tuberkulose 135
Kopf, nachfolgender, zur Entwickelung des 34
Krämpfe, lokalisirte, bei Irresein ... 80
Krebs der Wirbelsäule 148
Kühlsalben 16

Lähmung, cerebral, der Kinder 30
,, gekreuzte, bei hereditärer Syphilis 192
Labyrinth, Blutung oder Hyperämie des 2
Lageveränderungen des Uterus, Pessarien bei 57
Lanolin, Verwendung zu Salben 129
Laparatomie, bei Cystovarium, complicirt mit Peritonitis 51
Laryngologie (Referat) 231
,, materia medica of 231
Larven in der Nasenhöhle eines Kindes 246
Larynx, Distorsion des 168
,, Phthisis, Ernährung bei ... 233
Leber, Dislokation der 33
Leim-Behandlung, Pick's, allgemeiner Ekzeme 116
Lugall'sche Lösung bei Bronchitis zu Inhalationen 243
Lumbalschnitt, Simon'scher 185
Lupus 196
Lyssa humana, ein Fall von 265
,, Pasteur und die 76

M.

Magenkatarrh, primärer akuter, im Kindesalter 268, 277
Malaria-Infection 134
Massage der Gehörknöchelchen 234
Materia Medica of Laryngology 231
Medical American Association 270
Medizinischer Congress 74, 121
Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzëe der Stadt New York und Umgegend 47, 87, 90, 144, 189, 239, 277
Medizinische Klinik 31, 134, 180
Melancholie, Folge von retroversio uteri 247, 289
Melanotische Sarcome, Farbstoffe der 273
Meningitis tuberculosa, Jodoform bei 217
Meningitis cerebrospinalis im Kindesalter 183
Metall-Thermometer, klinisches, neues 32
Methoden, Electromedizinische Apparate und 63, 107, 159
Mercurial-Stomatitis 86
Mikrokokken-Vaccine 183
Morbid Somnolence 228
Morbus Basedowii, Retraction des oberen Lides bei 192
Morphium bei Atropinvergiftung ... 274
Musculus biceps brachii, subkutane Ruptur des 101
Mutterbänder, operative Verkürzung der runden 57
Mutterkorn 272
Muttermilch, Opium-Vergiftung durch 183

N.

Naphthol, als Antiparasiticum 165
Nasen-Eiterungen 232
,, Höhle, Larven in der eines Kindes 246
Nasen-Raum, Vegetation im 231

Natrum et aurum choratum.....252
Nephritis.....180
,, hämorrhagische, bei Intermittens 7
Nephritis post Scarlatinam, gefolgt von Tuberkulose..... 36
Nervensystem, Entwickelung des sympathischen..... 83
Nervensystem, Funktionsstörung des durch Malaria..... 10
Neurologie (Referate).....80, 227
Nieren-Exstirpation..... 38
,, Sarkom 196

O.

Obliteration, völlige der Aorta thoracica 31
Obstetrical, Buffalo Society.....243
Oedem der rechten Hemisphäre.....194
Ohren-Krankheiten, Missbrauch des „Politzer" bei..... 1
Oleate in der Dermatotherapie..... 17
,, ,, ,, Kinderpraxis an Stelle interner medikation.....279
Ophthalmologie..... 25
Opiumvergiftung durch Muttermilch 183
Osmidrosis. Zinkoleat bei 66
Osteomyelitis acuta.....144, 191, 281
Otitis bei der ersten Dentition 19, 71, 118
Otologie (Referat).....231
Ovarial-Tumoren, zur Diagnose..... 49
Ovarien-Cyste 286

P.

Pädiatrik (Referate) 24, 182
Panophthalmitis nach Cocain..... 25
Parese der Respirationsmuskeln.. .182
Parotitis, gefolgt von Taubheit 234, 235
Paracentesis Corneae, bei Blenn. neon. 57
Pasten-Behandlung 115
Pasteur.... 25
,, und die Lyssa 76
Pathagenese der Osteomyclitis acuta 281
Pathologie.....31, 134, 180
Pelletierin..... 37
Perforation, Tod durch.....193
Peritonitis, in der Diagnose von Cystovarium 51
Personalien....47, 99, 151, 201, 249, 293
Pertussis, Ursache von Emphysem .251
Pessarien, bei Lage-Veränderungen des Uterus..... 57
Pharmakologie (Referate).....35, 271
Phosphor bei Rhachitis 29
Phthisis des Larynx.....233
Phymatorhusin..... 281
Pigmentflecke auf der Gesichtshaut, Entfernung von.....205
Pilokarpin, gegen Prurigo.....167
Plumbum causticum..... 86
Pneumatische Differéntation.....239
Polikinik, deutsche der Stadt New York, Jahresbericht (1885)..... 95
Politzer'sche Methode, Missbrauch der 1
Porous Plasters 117
Post A. C. (Nekrolog)..... 124
Prophylaktische Uterus-Irrigationen 131
Prophylaxis der Blennorrhoea neonatorum..... 52
Prurigo, Pilokarpin gegen..... 167
,, Naphthol ,, ...165
Psychiatrie (Referate).....80, 227
Psychosen, nach Staar-Operationen 27
,, Malaria..... 10
Punktion, bei Beckenhämatomen ... 12
Pyramiden-Tractus, Anatomie des...264

R.

Rabies 223
Rachenraum, Vegetation im 231
Rectum, Beef Peptonoids per.....214
,, Jodkalium per.....130
Reflex-Epilepsie 229
Resorcin 165
Respirationsmuskeln, Parese der....182
Retropharyngeal-Abscess.....193
Retroversio uteri, Ursache von Melancholie.....247, 289
Retroversio uteri, Verkürzung der Mutterbänder bei..... 57
Rachitis, seltener Fall von 194
,, Phosphor bei..... 29
Rhinologie (Referat) 231
Ringelhaare über 128
Rosacea des Gesichtes.....204
Ruptur, subkutane des musc. bic. brachii.....101

S.

Salben 15
Salicyl-Inhalationen bei Phthisikern im pneumatischen Cabinet 243
Salmiak-Inhalationen bei Phthisikern im pneumatischen Cabinet 243
Sarcome, melanotische Farbstoffe der 273
,, der Nieren.....196
Scarlatina, nephritis post, gefolgt von Tuberkulose..... 30
Schädelnäthe, frühzeitige Verknöcherung der 278
Schanker.....174
,, Virulenz des Bubo bei weichem 85
Scheiden-Tamponade, Desinfection der.....133
Schwindsüchtiger, hohe Temperatur eines.....194
Sectio alta..... 39
Sectionsbericht eines Falles von Lyssa humana.....296
Seekrankheit, Cocain. muriat. gegen 32
Simon's Lumbalschnitt.....285
Sinapis bei Belladonnavergiftung...275
Sitzungsberichte :
Buffalo Obstetrical-Society.....243
Berliner med. Gesellschaft..... 44
Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie 281
Med.-Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte d. St. N. Y. u. Umgebung 47 87, 90, 144, 189, 239, 277
Verein d. Aerzte in St. Louis..... 200
Wissenschaftliche Zufammenkunft deutscher Aerzte von N. ..Y148. 193

Somnomlence morbid 228
Sphacelinsäure 273
Spir. aether. nitr. 35
Staar-Operationen, Psychosen nach 27
Stæhlin Richard (Nekrolog) 202
Stahlsonden, bei Acne 167
Staphylococcus pyogenus aureus 146, 281
Stein, Extraktion eines grossen 285
Sterilität des Weibes, Lehre von der 132
Stimmgabel, Benutzung der, zur differentiellen Diagnose bei Ohrenkrankheiten 2
Subclavia sinistria, Aneurysma der. 204
Subkutane Ruptur, des musc. bic. brach. 101
Sublimatvergiftung 131
Sympathisches Nervensystem, Entwickelung des 83
Syphilis, Contagium der 174
,, hereditäre, Lähmung Folge von 192
Syphilologie (Referat) 85

T.

Tuberkel-Bacillen, über 135
Tamponade, Desinfektion der 133
Taubheit nach Parotitis 235
Temperatur, ungewöhnl. hohe, eines Schwindsüchtigen 194
Therapie 31, 134, 180
,, der Blennor. neonat. 52
,, ,, Cholera 200
Thermometer, neues klinisches 32
Todtenliste 100, 152, 202, 250, 293
Toxikologie (Referate) 35, 271
Traguspresse, die 235
Transfusion und Infusion 284
Traumaticin 116, 117
Trepanation des Darmbeines 282
Trommelfell, künstliches 234, 235
,, mechanische Behandlung des 234, 235
Trypsin 270
Tuberculosis. Kontagiosität der 135
,, nach Nephritis post Scarlatinam 30
Tumor villous in the 4th ventricle ... 82
,, Ovarial, zur Diagnose 49

U.

Urethritis, zur abortiven Behandlung der 131
Uterus-Achse, relative Lage der 35
,, Entleerung nach Fehlgeburten 221
Uterus retroversio des, Ursache von Melancholie 247, 289
Uterus retroversio des, Verkürzung der Mutterbänder bei 57
Uterus-Irrigationen, prophylaktische 131
Uvula bifida 196

V.

Vaccine-Mikrokokken, Wirkung der 183
Vegetation, adenoide 231
Vergiftung, Arsenik 275
,, Atropin 274
,, Carbol acute 153
,, Chloroform 222
,, Opium 183
,, Sublimat 131
Verfahren, exspektatives, bei Beckenhämatomen 11
Verknöcherung, frühzeitige, der Schädelnähte 278
Verkürzung, operative, der runden Mutterbänder 57
Verein der Aerzte in St. Louis 200

W.

Wanderleber, 5 Fälle von 33
Weinen, anhaltendes und unstillbares, der Säuglinge, durch Ohrenschmerz verursacht 19
Wirbelsäule, Krebs der 148
Wissenschaftliche Zusammenkünfte deutscher Aerzte von N. Y. ... 148, 193
Wundstarrkrampf, Aetiologie des ... 283

Z.

Zahnen der Kinder, als Krankheitserreger 19, 71, 118
Zinkoleat bei Hyperhidrosis und Osmidrosis 69
Zungen-Gumma 86
Zusammenkünfte, wissenschaftliche, deutscher Aerzte von N. Y. ... 148, 192

Verzeichniss der Mitarbeiter

der

New-Yorker Medizinische Presse.

Beck, C. W. ..... New York.
Bernays, Fr. J. ..... St. Genevieve, Mo.
Boldt, H. J. ..... New York.
Büchler, A. F ..... ,,
Caillé, Aug. ..... ,,
Disse, J. ..... Tokio, Japan.
Duller, Charles W. . Philadelphia, Pa.
Erichsen, Hugo ..... Detroit, Mich.
Gleitsmann, J. W. ..... New York.
Grebe, W. ..... Richmond, Va.
Hartwig, Marcell ..... Buffalo, N. Y.
Heitzmann, C ..... New York.
Ill, E. J ..... Newark, N. J.
Jacobi, A. ..... New York.
Kohn, S. ..... ,,
Kretzschmar, P. H. ... Brooklyn, N. Y.
Landesberg, M. ..... New York.
McShane, A. ..... New Orleans, La.
Mollenhauer, R. ..... New York.
Morvay-Rottenberg, J ..... ,,
Munde, Paul F. ..... ,,
Rachel, Geo. W. ..... ,,
Ramdohr, C. A. von ..... ,,
Roosa, D. B. St. John ..... ,,
Rosenstein, J. ..... San Francisco, Cal.
Seibert, A. ..... New York.
Smith, D. T. ..... Louisville, Ky.
Spitzka, E. C ..... New York.
Stewart, Robert W. ..... Cincinnati, O.
Taguchi, K. ..... Tokio, Japan.
Tiegel, E. ..... New York.
Weber, Leonard ..... ,,
Weiss, Ludwig ..... ,,

Verzeichniss der in Band I

der

New-Yorker Medizinische Presse

besprochenen

Bücher, Monographien, &c.

Berthold, E. (Königsberg): Das künstliche Trommelfell uud die Verwendbarkeit der Schalenhaut des Hühnereies zur Myringoplaplastik; Bergmann; Wiesbaden ..290

Braus, O. (Burtscheid-Aachen): Zur Prognose der Hirnsyphilis; Berlin; August Hirschwald.....290

Caillé, Aug. (NewYork): Permanent Drainage for Ascites (Sep.-Abdr. aus d. *N. Y. Medical Journal* vom 27. Februar 1886. 290

Eulenburg, Albert, (Berlin): Encyclopädie d. gesammten Heilkunde; 2. Auflage; Urban & Schwarzenberg; Leipzig & Wien 139

Hegar, Alfred, (Freiburg, i. B.): Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen; Ferd. Enke; Stuttgart.....142

Heiberg, J., (Wiesbaden): Schema der Wirkungsweise der Hirnnerven; Wiesbaden; J. F. Bergmann 188

Hirschberg, J., (Berlin): Der Elektromagnet in der Augenheilkunde; Veit & Co., Leipzig..... 142

Jacobson, J. (Königsberg): Beziehungen der Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans zu Allgemeinleiden und Organerkrankungen; Wilhelm Engelmann; Leipzig 141

Jacobson, J. (Königsberg): Albrecht von Graefe's Verdienste um die neuere Ophthalmologie; Hermann Peters; Berlin.....141

Kucher, Joseph, (New York): Puerperal Convalescence and the Diseases of the Puerperal Period; J. H. Vail & Co.; New York.....143

Lesser, Edmund (Leipzig): Lehrbuch der Haut- und Geschlechts-Krankheiten für Studirende und Aerzte; F. C. W. Vogel; Leipzig.....140

Lewin, L. (Berlin): Ueber Piper methysticum; Aug. Hirschwald; Berlin.....291

Roberts, John B. (Philadelphia): The Field and Limitation of the Surgery of the Human Brain; P. Blakiston, Son & Co.; Philadelphia...248

Schæffer, Max (Bremen): Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie u. Laryngologie; J. Bergmann; Wiesbaden 140

Schech, Gottfried (Wien): Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens; August Hirschwald; Berlin.....289

Senn, N. (Milwaukee): An experimental and clinical Study of Air-Embolism; Transactions of the American Surgical Association, Vol. III, 1885..... 292

Tarnowsky, B. (St. Petersburg): Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes; eine forensisch-psychatrische Studie; Aug. Hirschwald; Berlin 186

Ziemssen, Hugo von (München): Die Elektricität in der Medicin; 4. Aufl. 2. Hälfte; August Hirschwald; Berlin 188

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Bd. I. New York, den 15. December 1885. No. 1.

Ueber den Missbrauch der Politzer'schen Methode in der Behandlung der Ohrenkrankheiten.*)

Von D. B. St. John Roosa, M. D. LLD.

(*Professor der Augen- and Ohrenkrankheiten an der „New York Post-Graduate Medical School," Chirurg am „Manhattan Eye- and Ear-Hospital."*)

Nachdem Wilhelm Kramer der ärztlichen Welt die Lehre eingeschärft hatte, daß die Mehrzahl aller Ohrenkrankheiten nervösen Characters sei — was immer er damit gemeint haben mag — traten Sir William Wilde und Troeltsch gegen diese Ansicht auf und dieselbe wurde hinfällig. Denn diese beiden Autoren brachten Beweise für die entzündliche Natur der meisten Fälle, welche bis dahin nach der, von dem Berliner Autor angegebenen Regel klassifizirt worden waren. Sie zeigten, daß eine ganz bedeutende Majorität aller chronischen, nicht suppurativen Ohrenkrankheiten hauptsächlich im Trommelfelle ihren Sitz haben.

Die von diesen Autoren erbrachten Beweise sind wohl im Allgemeinen unwiderleglich. Ein grosses Verdienst erwarb sich zuerst Wilde dadurch, daß er auf das klarste darlegte, wie diese Affectionen meist entzündlichen Ursprunges seien. Troeltsch ging noch weiter und beschrieb den Sitz und die Natur derselben in noch exacterer Weise. Er gebrauchte das Adjectiv *catarrhalisch*, um den Character derjenigen Mittelohrerkrankungen genauer zu präcisiren, welche Wilde mit dem Gesammtnamen *Myringitis* belegt hatte. Als Politzer seine großartige Erfindung der Inflation des Mittelohres bekannt gab, sahen wir sofort, daß dieser Fortschritt in der Therapie die logische Folge unserer neugewonnenen Kenntniß von den chronischen, nicht suppurativen Ohrenkrankheiten war.

Aber im berechtigten Enthusiasmus über diese bedeutende Errungenschaft ist von Manchen der Umstand übersehen worden, daß das Labyrinth gerade so gut Sitz einer Erkrankung sein kann, wie die Paukenhöhle. Ohren, welche nicht auf mechanischem Wege behandelt werden sollten, werden Tag für Tag nach Politzer behandelt, zur Plage des Patienten und oft genug zum Schaden seines Hörvermögens, während alle unangenehmen Symptome dabei sich steigern. Ich bin der Meinung, daß in den meisten Fällen eine genaue Diagnosis aller Fälle von Erkrankung des Labyrinthes oder des Acusticus möglich ist, und daß eine schädliche Congestion des Mittelohres durch wiederholte Anwendung des "Politzer" vermieden werden kann.

Wenn das Lufteinblasen auch nicht in allen Fällen von Erkrankung des Acusticus, resp. des Labyrinthes schadet, so ist es doch mindestens unnöthig und im höchsten Grade unwissenschaftlich. Sämmtliche Gehörknöchelchen in solch' starke Bewegung zu setzen, wie dies durch

*) Vom Verfasser freundlichst zur ersten Veröffentlichung in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt.

den "Politzer" geschieht, ist nur dann von Nutzen, wenn etwas vorhanden ist, was ihre Beweglichkeit hindert. Aber eine Cochlea oder ein Vestibulum, deren Gefäße sich im Zustande der Congestion befinden, werden davon ganz gewiß nicht vortheilhaft beeinflußt werden.

In solchen Fällen wird eine Prüfung der comparativen Intensität und Dauer der Schallwahrnehmung bei Luft- oder Knochenleitung mittelst einer Stimmgabel — C — ein genügendes diagnostisches Hilfsmittel sein und uns oft genug nutzlose Versuche mit dem "Politzer" ersparen, welche wir sonst anstellen würden, um zu sehen ob derselbe von Nutzen ist. Es läßt sich nicht leugnen, daß durch die Ueberzeugung, daß fast alle Gehörleiden auf Mittelohrcatarrh beruhen, die otologische Praxis bei so Manchen sich darauf beschränkte, den "Politzer" anzuwenden und eine Behandlung der Nase und des Pharynx damit zu verbinden, in derselben Weise, wie es vor Kramer's Zeiten keine andere Behandlung gab, als das Ohr auszuspritzen und ein Blasenpflaster auf den *Processus mastoideus* zu legen.

Es giebt viele Fälle von Ohrenkrankheiten, welche von einem Exsudate, einer Blutung oder von Hyperämie des Labyrinthes herrühren. Hier sind örtliche Blutentziehungen, Contra-Irritation, Quecksilber und Jodkali, abführende und schweißtreibende Mittel, sowie Ruhe und Schutz gegen lautes Geräusch sehr oft von Nutzen, aber der "Politzer" niemals. Wenn die Stimmgabel constant und auf längere Zeit durch Luftleitung besser gehört wird, als durch Knochenleitung, wenn jeder Lärm angreifend ist und wenn der Patient während des Lärmes nicht besser hört, als in der Ruhe, so kann man in einer großen Zahl der Fälle mit Sicherheit den Sitz des Leidens im Labyrinth oder im Acusticus selbst annehmen und dem Patienten viele Unannnehmlichkeiten ersparen, indem man von einer jeden Behandlung der Tuben und des Tympanum Abstand nimmt.

Es giebt allerdings einige wenige Fälle von acuten oder subacuten Ohrenkrankheiten, bei denen die Luftleitung einige Zeit besser ist als die Knochenleitung, aber dieselben sind gewiß Ausnahmen und die Diagnose kann durch ein- oder zweimalige Anwendung des "Politzer" gesichert werden. Durch dieselbe wird der Druck auf das Labyrinth aufgehoben, welcher die Ursache war, daß der Schall besser wahrgenommen wurde, als er durch das geeignetste Medium — die Luft — geleitet wurde. Ist dies geschehen und es bleibt doch ein Ohrenleiden weiter bestehen, so ist es eine Affection der Paukenhöhle und dann wird sofort die Knochenleitung wieder besser sein als die Luftleituug.

Ich habe diese Zeilen in der Absicht geschrieben, es allen Collegen an's Herz zu legen, daß sie von der Stimmgabel Gebrauch machen bei der Diagnose von Ohrenkrankheiten, damit sie den "Politzer" nicht in solchen Leiden anwenden, welche auf einer Läsion des Labyrinthes und des Acusticus selbst beruhen.

Die dauernde Entfernung von Haaren mittelst Electrolyse.

Von Dr. C. Heitzmann, *Präsident der Med. Chir. Ges. deutscher Aerzte von New York.*

Haare im Gesichte einer Frau sind nicht nur entstellend, sondern bisweilen auch die Quelle melancholischer Geistesstörung. Ich habe einigemale Frauen in meiner Sprechstunde empfangen, die sich verschleiert und verbunden vorstellten, und nur ungern ihr Gesicht entblößten, um das Uebel zu zeigen, — sie benahmen sich thatsächlich wie geistig Gestörte. Selbst verständige Frauen fühlen sich durch ihre

Verunstaltung namenlos unglücklich und erklären, dass sie gerne bereit seien, sich irgend einer therapeutischen Procedur zu unterziehen, nur um die Haare loszuwerden.

Ich selbst hatte in früheren Jahren Versuche mit Einspritzung verschiedener Aetzmittel mittelst der subcutanen Spritze in den Haarbalg systematisch an meinem linken Vorderarm betrieben, ohne namhafte Resultate zu erzielen. Dann hat L. D. Bulkley die Zerstörung der Haarpapille mittelst dreieckig zugeschliffener Nadeln empfohlen, die im Haarbalge herumgedreht wurden. Aber durch diese Methode gelang es mir nie, ein Haar dauernd zu entfernen, während durch Einspritzen von Aetzmitteln wenigstens einzelne Haarpapillen zerstört wurden, freilich nicht selten unter Narbenbildung.

Bis vor Kurzem war die radicale und permanente Entfernung von Haaren ein ungelöstes Räthsel. Schwefelkalkpräparate, Epilation und Rasirmesser waren die einzigen, auf kurze Zeit wirksamen Mittel, das Gesicht glatt zu erhalten; aber das Uebel wich dadurch nicht, sondern wurde von Jahr zu Jahr schlimmer und unerträglicher.

Als nun Dr. W. A. Hardaway in St. Louis in den Jahren 1877 und 1878 auf die Möglichkeit hinwies, dass man Haare mittelst Electrolyse dauernd entfernen könne, wurden seine Angaben mit Freuden begrüßt, da er ja als verläßlicher Beobachter bekannt war. Er hatte diese Methode von Dr. C. E. Michel in St. Louis kennen gelernt, dem es zuerst gelang, auf diese Weise schiefstehende und einwärts gekrümmte Haare von den Augenlidern zu entfernen.

Ich machte meine ersten Mittheilungen über diesen Gegenstand 1881, in einem Vortrage vor der "*Amer. Dermatological Association*," und stellte damals vermuthungsweise auf, dass die Wirksamkeit des electrischen Stromes auf Galvanocaustik beruhe. Das war ein Irrthum, der offenbar auch H. Hebra veranlaßte, 1884 ein absprechendes Urtheil über die Methode zu fällen, trotzdem ich die Procedur in aller Kürze schon 1882 in den "*Wiener Med. Blättern*" mitgetheilt hatte und dem Entdecker derselben volle Gerechtigkeit widerfahren liess. Seitdem haben mehrere Dermatologen hier in Amerika der Methode Anerkennung gezollt, und bei der diesjährigen Versammlung der "*Amer. Dermatolog. Association*" erhob sich keine einzige Stimme gegen den Werth der Operation; obgleich manche Einschränkung zugegeben werden mußte.

Als ich mich vor 2 Jahren in Europa aufhielt, demonstrirte ich die Methode auf Prof. Kaposi's Klinik einer Anzahl von Fachmännern, wie es scheint, zum ersten Male in Europa. Auch dort wird wohl bald das Urtheil über deren Werth reif werden. Dr. W. A. Hardaway berichtet über diesen Gegenstand ausführlich in der October-Nummer der "*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*" 1885, und obgleich seine Darstellung im Wesentlichen mustergiltig ist, möchte ich auf Grundlage reichlicher Erfahrung, in einigen Punkten von ihm abweichen.

Die zur radicalen Epilation nöthigen Apparate und Instrumente sind einfach genug: eine galvanische Batterie, eine feine biegsame Nadel (bekannt als Fox's *Points*), deren Spitze den Durchmesser des Haares besitzen, jedenfalls nicht übersteigen darf, ein Nadelhalter, eine Epilationspinzette, und sehr biegsame Leitungsdrähte, deren einer, der positive, mit der Schwammelectrode in Verbindung steht, während der negative mit dem Nadelhalter, respective der Nadel, in Zusammenhang gebracht wird. Die zu Operirende ruht in einem Fauteuil oder, noch besser, in einem gynäkologischen Stuhl.

Zunächst die Batterie. Ich habe bisher mit der Chlorsilber-, der

Chromsäure- und der Leclanché-Batterie gearbeitet. Am meisten benützte ich die zwei letzteren. Die Chromsäure-Batterie mag 20 Elemente, mit je 6-zölligen Zellen haben; aber mehr als 3 Elemente gleichzeitig habe ich nie benützt, ja, bei frischer Füllung leistet ein einziges Element alles Wünschenswerthe. Bei der Leclanché-Batterie erreicht man mit sechs 12-zölligen Elementen ungefähr dieselbe Wirkung wie mit einem Elemente der Chromsäure-Batterie bei frischer Füllung. Ich habe es mir zum Grundsatz gemacht, durch die Operation niemals eigentlichen Schmerz hervorzurufen; über ein erträgliches brennendes Gefühl hinaus soll die Patientin nicht kommen. Aeußerst selten findet man Damen, die selbst unter den genannten Vorsichtsmaassregeln über Schmerz klagen, wo die Application einer 4prozentigen Cocainlösung, was die Betreffende mit ihrer Fingerspitze selbst besorgt, von wirklichem Vortheil ist. Je dicker die zu entfernenden Haare, je grösser demnach die entsprechende Papille, desto stärker muss der Strom sein; für feine, wenn auch lange Haare ist die Leclanché-Batterie weitaus die beste.

Der Nadelhalter ist von untergeordneter Bedeutung. Ich besitze einen von Leiter in Wien angefertigten, welcher gestattet, die Tiefe, in welche die Nadelspitze eindringt, genau zu berechnen, was in einzelnen Fällen von Wichtigkeit sein kann. Mancher wird massive, schwere Nadelhalter den leichten vorziehen. Man kann aber in die Lage kommen, jeden Nadelhalter bei Seite legen, und die Basis der Nadel direct mit der Metallspitze des Leitungsdrahtes verbinden zu müssen. Dies wird insbesondere bei Haaren in der Submaxillar-Gegend nothwendig, zumal wenn die Frau einen hohen Busen hat.

Nach Lagerung der Patientin überreicht man derselben den mit Wasser getränkten Schwamm, die positive Electrode, welche die ganze Zeit hindurch unverändert in der Hand bleibt und nur zeitweilig angefeuchtet zu werden braucht. Da die von mir benutzte Stromstärke niemals schmerzhaft ist, fällt auch das Wechseln des Schwammes zwischen Einführung der Nadel und Einleitung des Stromes weg. Hierauf führt man die Nadel in den Haarbalg, den man wohl immer trifft, wenn man dicht am Haare, und in der Richtung desselben vorwärts dringt, wobei weder Schmerz empfunden werden, noch ein Tropfen Blut zum Vorschein kommen darf.

Ist letzteres jedoch der Fall, dann kann man sicher sein, daß man den Follikel verfehlt hat, oder der Strom zu schwach ist. Die Nadel bleibt eingeführt, und deren Richtung wird leicht verändert so lange, bis das Haar locker geworden ist, und auf den leisesten Zug mit der Epilationspinzette aus dem Follikel hervortritt. Selbst nachdem dies geschehen, pflege ich die Nadel noch einige Secunden lang im Follikel zu belassen, oder in denselben frisch einzuführen. Das Letztere muß sogar geschehen, wenn man an dem entfernten Haare die innere Wurzelscheide, oder die Haarzwiebel anhaften sieht, denn dieses sind Zeichen, dass die Operation nicht vollständig gelang. Nur wenn die Haarwurzel frei von der Wurzelscheide und ohne Bulbus, gleichsam wie durchgebrannt und leicht verfärbt, zum Vorschein kommt, kann man dauernden Erfolg erwarten.

Unmittelbar nach der Einführung der Nadel beginnt sich um dieselbe abgelöste Epidermis mit Talg und Schaum vermengt zu zeigen, was ein wünschenswerthes, aber bei schwachen Strömen nicht constantes Vorkommniß ist. Nach wenigen Secunden entsteht Röthung in der Umgebung der Nadel, und erhebt sich eine Papel oder Quaddel, in der Regel heller gefärbt als die Umgebung; ein kleiner, grauer Schorf ist

an der Follikel-Mündung häufig zu sehen, wenn der Strom einige Minuten eingewirkt hat. Während in völlig gelungenen Fällen die Röthung schon nach wenigen Stunden, die Papel schon nach 1 bis 3 Tagen verschwunden sind, werden in letzterem Falle, bei längerer Einwirkung des Stromes, rothe Flecke 8 bis 12 Tage sichtbar bleiben, selbst hie und da eine kleine Pustel enstehen. Die Narbe wird auch unter den letzteren, ungünstigen Verhältnissen sehr klein und seicht, kaum bemerklich sein, während selbst unter den günstigsten Verhältnissen bei dunkler Pigmentirung der Haut eine leichte, helle Verfärbung zurückbleibt.

All dieses wird nur eintreten, wenn man die Nadel mit dem negativen Pol in Verbindung gesetzt hat. Nach Einführung der Nadel in Verbindung mit dem positiven Pole kann zwar auch Epilation erzielt werden, aber es entsteht um die Nadel herum sehr bald ein Blutextravasat in der Haut, welches einen, viele Monate andauernden braunen Pigmentfleck hinterlässt, — gewiss ein höchst unwillkommenes Resultat. Ich betrachte die Operation nur dann für vollkommen, wenn sie schmerzlos ist, und, mit Ausnahme einer kaum merklichen hellen Verfärbung, keine Spur hinterlässt. Stecknadelkopf-grosse Narben mögen hie und da unvermeidlich sein, stets sind sie ein Zeichen, dass man den Strom zu stark genommen, oder zu lange hat einwirken lassen.

Die Reaction auf die Operation ist indessen sehr verschieden bei verschiedenen Frauen, — augenscheinlich abhängig von der allgemeinen Constitution. Während gesunde, kräftige, blühend aussehende Frauen selbst stärkere Ströme ohne Schwierigkeit vertragen, und die Operation kaum Spuren hinterlässt, giebt es kränkliche, sogenannte lymphatische, zart gebaute Frauen, bei denen Pusteln auffallend leicht entstehen, und die Gefahr von Narbenbildung groß ist. Dann trifft man auch Frauen von schlechtem Aussehen mit fast lederartiger Haut, die während der Operation nicht über Schmerz klagen, auch durchschnittlich keine übermäßige Reaction zeigen, dagegen leicht einzelne Furunkel-ähnliche Infiltrate bekommen, die nur langsam ausheilen. Solche Infiltrate erhält man auch, wenn man die Nadel nicht mit der größten Sorgfalt rein hält.

Die Stromstärke sowohl, wie die Dauer der Einwirkung sind schwankende Grössen, innerhalb der oben angeführten Grenzen. Durchschnittlich braucht man zwei Minuten Zeit für jedes zu vertilgende Haar. Vielleicht eine Minute für ein Wollhaar, dagegen drei Minuten für ein kräftiges Barthaar. Aber auch die Richtung der Haarwurzel ist von Wichtigkeit zur Bestimmung der Dauer der Stromwirkung. Haare auf der Oberlippe kommen fast immer in gleichmäßiger Richtung mit der Wurzel zum Vorschein. Hier wird man die Papille demnach leicht treffen, und die Entfernung eines Schnurrbärtchens kann man als kinderleicht bezeichnen. Dagegen sind viele Haare der Kinn- und Unterkiefergelenk-Gegend eigenthümlich schief gestellt, ganz von der Normalrichtung der übrigen Haare abweichend; die Wurzeln solcher Haare sind eben verkrümmt, oder S- oder hakenförmig oder winkelig verbogen. Die schlimmsten Haare sind in dieser Beziehung jene der Submental- und Submaxillar-Gegend gegen den Hals hin. Da sind die Verbiegungen der Haarwurzeln fast Regel; dort wird man die Papille nur schwer und zufällig treffen, und wird die Nadel wiederholt einführen, und die Richtung der Nadelspitze öfters wechseln müssen, bevor man ein dauerndes Resultat erzielt. Ich hatte ein 28jähriges Mädchen wegen solcher Haare in Behandlung. Meiner ursprünglichen Schätzung nach waren 20 Sitzun-

gen zur Heilung nothwendig; dann aber stellte sich heraus, dass die doppelte Zahl von Sitzungen noch nicht genügte. Das sind harte Geduldproben. Man wird immer gut thun, in der Schätzung der Zahl der Sitzungen nicht zu sanguinisch zu sein.

Nach dem, was über die Wurzelrichtung gesagt wurde, dürfte es nicht überraschen, wenn man erfährt, wie viele von den entfernten Haaren wiederkehren; denn daß überhaupt welche wiederkehren, ist wohl unvermeidlich. Nach Hardaway sind 80–90 % der Haare nach der ersten Operation ein für allemal vernichtet. Ich möchte den Procentsatz der rückkehrenden Haare ganz von der Localität abhängig machen, und sagen: auf der Oberlippe kehren 2–5 %, auf dem Kinne 5–10 %, auf der seitlichen Unterkiefergegend 10–15 %, in der Unterkinn- und Submaxillargegend bei 25 % der operirten Haare zurück. Dann muss man eben die Operation wiederholen, bis alle Haare entfernt sind; denn daß dieselben schließlich dauernd fortbleiben, unterliegt keinem Zweifel. Innerhalb 3 Wochen wird jedes rückkehrende Haar sichtbar sein, und in allen Fällen wird eine dreiwöchentliche Revision nöthig, bevor das definitive Resultat erreicht ist, — und das kann sich Monate, selbst Jahre lang hinziehen.

Ein anderer, höchst unangenehmer Uebelstand ist, daß nach Entfernung der groben Haare, die feinen, flaumartigen grob werden. Ich möchte diese Thatsache, gegenüber Hardaway, als unbestreitbar hinstellen. Möglicher Weise wird das den groben Haaren entzogene Nahrungsmaterial zur Speisung der feinen verwerthet, oder hat die lange andauernde und oft wiederholte Reizung der Haut mit der Beförderung des Haarwuchses zu thun, wie J. Nevins Hyde direct behauptet. In einzelnen Fällen sind nach mehreren Monaten wieder eine Menge störender Haare vorhanden, wo etwa einen Monat nach der letzten Operation alles in guter Ordnung erschienen war. Selbstverständlich ist hier der neue Haarwuchs, welcher mit zunehmendem Alter zunimmt, ganz außer Betracht gezogen, und ich pflege jede Frau darauf aufmerksam zu machen, daß die Operation zwar die vorhandenen Haare vertilgt, aber gegen das Wachsthum neuer Haare, bei zunehmendem Alter, keinen Schutz gewähre.

Trotz all dieser Schwierigkeiten wird man mit der nöthigen Geduld schließlich in jedem einzelnen Falle zum Ziele gelangen und die Frauen befriedigende Ergebnisse erzielen. Ich halte die Radikalbehandlung der Hypertrichose mittelst Electrolyse für eine bedeutende Errungenschaft und sicher für die bedeutendste der amerikanischen Dermatologie, für welche wir Herrn Dr. Hardaway zu größtem Danke verpflichtet sind.

Bei anderer Gelegenheit will ich meine Erfahrungen über Electrolyse bei verschiedenen Erkrankungsformen der Haut mittheilen.

Klinische Betrachtungen von ungewöhnlichen Symptomen und Complicationen der Febris intermittens.

Von Dr. Leonard Weber, New York.

Vortrag, gehalten vor der Med. Chir. Gesellsch. deutscher Aerzte am 5. October 1885.

1. Blutungen. *Epistaxis*, mehr oder weniger bedeutend, habe ich in 5 Fällen von protrahirter Intermittens gesehen, und zwar trat dieselbe zumeist in den fieberfreien Intervallen auf, und war in 3 Fällen heftig genug, um die Tamponade nothwendig zu machen. Häufige

Rückfälle wurden beobachtet, bis es gelungen war, das Fieber zu beseitigen und des Patienten Gesundheit durch tonisirende Mittel und Luftveränderung wiederherzustellen.

Von 3 Fällen von *Haematurie*, renalen Ursprungs und coincident mit dem Malariaparoxysmus, möchte ich einen seiner besonderen Prägnanz wegen genauer mittheilen.

Major P. aus dem Staate Georgia, alt 58, von anscheinend guter Constitution, obwohl in seinem blassgelben Aussehen den Einfluss des südlichen Klimas verrathend, frei von Malaria vor und zu der Zeit, als er die Heimath verließ, kam im August 1884 nach New York. Während seines hiesigen Aufenthaltes ging er häufig zu den Pferderennen auf Coney Island; am 1. September fühlte er sich unwohl, und als ich ihn am 2. in seinem Hotel sah, klagte er über Schwäche, Mattigkeit, Brechneigung und Schmerzen in den *regiones hypochondr. et lumbal.* Die Nacht vorher sei mit dem Urin sehr viel Blut weggegangen; im Nachtgeschirr sah ich wohl 8 Unzen Blut mit Urin gemischt. Nie früher wäre ihm etwas derart begegnet. P. war zur Zeit meiner Visite fieberfrei, Puls nicht frequent, weich und etwas klein. Allgemeine Untersuchung und die der Blase negativ. Verordnet wurde, von einer schwachen Lösung von *Acid. Gallic.* tagsüber zu nehmen. In der folgenden Nacht ging wieder ziemlich viel Blut mit dem Urin weg, und als ich ihn am 3. Sept. um 7 Uhr Morgens sah, klagte er über heftige Rücken- und Kopfschmerzen und zeigte eine Temperatur von 102.5° F., nachdem er ungefähr um Mitternacht Frost gehabt hatte. Gegen Mittag reichlicher Schweiss und Nachmittags normaler Zustand. Im Laufe des Abends nahm P. *Chinin. sulfur.* 2,0 in saurer Lösung und b l i e b fortan von Fieber und Nierenblutung verschont.

Chinin in kleinen Dosen wurde fortgesetzt und P. reiste Mitte September in gesundem Zustande nach Hause.

2. H ä m o r r h a g i s c h e N e p h r i t i s im Verlaufe und in Folge von Malaria habe ich in 2 Fällen gesehen. Beide P., im Alter zwischen 20 und 30 Jahren, hatten durchaus keine Erscheinungen von Nierenerkrankung bis zu ihrer Erkrankung an Malaria, zeigten aber bald nach den ersten Intermittens-Anfällen Eiweiss, Cylinder und ziemlich reichlich Blut im Urin. Es war nicht schwer, der Malaria Herr zu werden. Die Nierensymptome besserten sich auch auf diaphoretisches und später tonisirendes Verfahren hin rasch genug, aber eine vollständige Wiederherstellung ist bis heute — Beobachtungszeit 5 bis 7 Jahre — noch nicht erfolgt, etwas Eiweiß und spärliche Cylinder sind im Urin immer nachzuweisen. Man darf annehmen, daß aus der ersten gewaltsamen Störung eine schleichend verlaufende chronische Nephritis hervorgegangen ist.*)

Einen ähnlichen Ausgang acuter Malaria — Nephritis, nicht hämorrhagischer Natur — habe ich in 2 anderen Fällen zu verzeichnen. Der erste, ein Mann von 45 Jahren, den Freuden des Bacchus ziemlich ergeben, leidet wohl seit vielen Jahren schon an mäßiger *Psoriasis* und gelegentlichen Dyspepsien, doch keinen nachweisbaren Nieren-Störungen. Bei einer heftigen *Intermittens quotidiana*, welche ihn in diesem Frühjahre befiel, stellten sich die klinischen Erscheinungen einer acuten Nephritis ein; von Malaria scheint er jetzt — Beobachtungszeit 6 Monate — vollkommen befreit, aber die Symptome eines mäßigen Grades

*) In seinem Werke über Nierenkrankheiten legt Bartels grosses Gewicht auf das Malariagift in der Aetiologie von *Nephritis hämorrhagica*.

von Nephritis dauern fort bis November dieses Jahres—9 Monate—und scheinen jetzt definitiv verschwunden zu sein. Der zweite Fall betrifft einen Mann von 34 Jahren, welcher, früher kerngesund, von 1880—84 an heftigen und ziemlich häufig wiederkehrenden Anfällen von Intermittens gelitten hat. Im Spätherbste 1884, und angeblich nach einer Erkältung, fing P. an abzumagern und häufig an Stirnkopfschmerz zu leiden; Körperkräfte und Potenz nahmen ebenfalls merklich ab. Bei der ersten Untersuchung im December 1884 waren bei reichlicher Diurese und niederem specifischem Gewicht große Quantitäten Eiweiß, sowie Cylinder im Harn nachzuweisen, also ein echter *Morbus Brightii* vorhanden.

Der letzte Fall ist insofern nicht prägnant, als P. zur Zeit der Wahrnehmung der ersten Symptome der Nierenerkrankung nicht an evidenter Malaria litt, und das Erkältungs-Moment in der Aetiologie des Falles eine ungleich größere Bedeutung gewinnt.

In diese Abtheilung gehören noch 2 Fälle von *quasi intermittirender urethritis purulenta*, von mir beobachtet an zwei jungen Leuten, welche den Symptom-Complex der *neurasthenia spinalis* auf sexueller Basis darboten. Eine gonorrhoische Infection konnte nach eingehender Untersuchung ausgeschlossen werden. Beide P. waren Malaria-Einflüssen ausgesetzt, reagirten nicht auf topische Behandlung, wurden aber durch einige Dosen Chinin von ihrer Urethritis befreit. Diese Beobachtung steht jedoch nicht vereinzelt da, denn Bartels theilt mit, daß er ähnliche Seitensprünge des Malariagiftes gesehen habe.

3. Haematemesis in Malaria-Anfällen, unabhängig von ulcus ventriculi, habe ich in folgendem Falle gesehen:

Frau W., alt 46, eine etwas fette, aber kräftige und lebhafte Frau, war schon mehrmals wegen Recidiven von Parametritis in meiner Behandlung; Symptome von Magenerkrankung wurden bei ihr nicht beobachtet. Im Jahre 1880, während der Reconvalescenz von einem Anfall von Parametritis, machte sie ein paar heftige Anfälle von Intermittens durch und erbrach im Froststadium ungefähr 200 cc dunkles Blut, theils flüssiges, theils geronnenes. Die Haematemesis hatte einen bedenklichen Collaps zur Folge, der durch subcutane Injectionen von Cognac und Aether und andere Mittel beseitigt wurde. Chinin und Brom-Natrium 0,5 g. zweistündlich, bis 2 g. genommen waren, verhinderten einen Rückfall des Intermittens, sowohl als des Blutbrechens. 1884 hatte P. wieder eine Recidiv der Parametritis, mit Malaria im Gefolge, doch kam es zu keinen Blutungen dabei. Ferner habe ich die Krankengeschichte von zwei relativ zarten Mädchen, im Alter von ungefähr 18 Jahren, welche im Verlauf von Intermittens und ohne andere nachweisbare Ursache heftiges Blutbrechen hatten, von welchen sie nur durch Chinin befreit wurden. Daß mehr minder heftige Störungen im Intestinaltract mit schleimig-wässerigen, nicht selten blutigen Diarrhöen periodisch auftreten bei Leuten, welche unter Maleriaeinflüssen stehen, ist bekannt. Fehlen dabei die typischen Fieberbewegungen, so wird in manchen Fällen die richtige Diagnose erst durch die heilende Wirkung des Chinin klar gestellt. In der jüngsten Zeit habe ich in solchen Fällen Chinin mit kleinen Dosen Ipecacuanha Tags über gegeben und *Natr. Salicyl.* 1 g. – 2 g. nach den Mahlzeiten, und kam mit dieser Behandlungsform besser und rascher zum Ziele, als früher mit der Combination von Opium und Chinin.

4. Apneumatosis i. e. mehr minder vollständiger Collaps von begrenzten Gebieten des Lungengewebes im Gefolge von relativ

mäßigen Bronchial-Catarrhen, in Malaria-Kranken, habe ich in einer beträchtlichen Reihe von acuten und chronischen Fällen von Intermittens beobachtet. Dieselben betrafen zumeist Kinder und junge Leute. Das klinische Bild eines solchen Falles wäre ungefähr wie folgt:

Wir behandeln einen Fall bei einem Kinde, das sich nicht gerade durch kräftige Constitution auszeichnet, das Fieber wird besser, aber P. ist von einem leichten Husten gequält, begleitet von geringer Expectoration, ja manchmal fehlt dieselbe gänzlich; keine bestimmten Zeichen von Bronch. capillaris oder lobulärer Pneumonie und doch, wenn wir den Thorax untersuchen, so hören wir ziemlich gut markirtes Bronchialathmen, hinter, über und unter der spina scapulae, auf einer oder auf beiden Seiten. Die Percussionszeichen decken sich nicht mit denen der Auscultation, sondern der Percussionston ist nur etwas kürzer, etwas höher, weniger voll als der normale, kaum gedämpft. P. hat keine Dyspnoe und sobald er von der Malaria frei ist, Ernährung und Kräftezustand gehoben werden, bessern sich auch die Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane; manchmal rasch, doch öfter langsam stellen sich die normalen Respirations-Geräusche her; 2, 3, 4, ja mehr Wochen mögen vergehen, ehe das Athmen wieder normal geworden ist. Ich muss gestehen, dass mir derartige Fälle in den früheren Jahren meiner Praxis räthselhaft blieben, bis ich den Artikel über Apneumatosis in Reynold's *"Encyclopœdia of Medicine"* gelesen hatte.

Erst dann wurde ich der Gedanken an Exsudation in den Alveolen oder Peribronchitis, die mir zu dem Verständniß solcher Fälle nothwendig schienen, ledig, und kam zu der Ueberzeugung, daß es sich hier um einen rein mechanischen Vorgang handelte. Wird nämlich in relativ geschwächten Patienten der Inspirationsstrom nicht mehr stark genug, das Hinderniss, welches durch die Gegenwart eines zähen catarrhalischen Sekrets, das in den Bronchien vorhanden, zu überwinden, so wird die Respirationsluft in den betreffenden Bronchien aspirirt und die zugehörige Portion Lungengewebe apneumatisch. Mit der Wiederkehr kräftigerer Respirationsbewegung und vermehrter Verflüssigung des Sekrets wird das letztere entfernt und das collabirte Lungengewebe aufgeblasen und zur Norm zurückgeführt.

Natürlich behaupte ich nicht, daß diese Form der Apneumatose nicht auch bei anderen Ernährungsstörungen vorkommt, sondern beschränke mich auf die Mittheilung, daß ich gerade in Malariafällen diese Complication recht häufig beobachtet habe.

In der Behandlung dieses Zustandes empfiehlt es sich, nach Elimination des Malariaelementes durch Chinin, Stimulantien etc. den P. kräftig zu nähren, ihn täglich im lauen Halbbade mit kühlem oder kalten Wasser den Thorax zu übergießen, um kräftige Athembewegung auszulösen, Strychnin enthaltende Tonica zu verabreichen und ihn eventuell in die Berge zu schicken, um seine vollständige Wiederherstellung zu beschleunigen.

5. Abortus und vorzeitige Entbindung kann durch den Intermittens-Paroxysmus veranlasst werden, und der dabei stattfindende Blutverlust ist nicht selten sehr bedeutend. Es gehören derlei Fälle in unserer Stadt keineswegs zu den Seltenheiten. Daß die malariakranke Schwangere die Krankheit auf den Foetus übertragen kann, habe ich wenigstens in einem Falle feststellen können, in welchem der 10 Tage alte Säugling einer solchen Frau characteristische Intermittenserscheinungen darbot und durch Chinin geheilt wurde.

Heftige Intermittensanfälle compliciren ziemlich häufig das Puerpe-

rium hier zu Lande, wie schon F. Barker nachgewiesen, und gebe ich in solchen Fällen gerne das Chinin mit der gleichen oder doppelten Dosis Bromnatrium.

6. In Menschen, welche an Malaria leiden, einer Krankheit, deren specielle Ursache (*Bacillus malariae* von Klebs und Tommasi demonstrirt) zu rapidem und massenhaftem Untergang von rothen Blutzellen führt, werden die Functionen des cerebrospinalen Nervensystems gewiß gestört, nicht selten erheblich geschädigt werden. O. Mueller aus Blankenburg in seinem interessanten Vortrage "*Ueber die dyskrasischen Momente, welche bei der Genese der Neurosen und Psychosen eine Rolle spielen,*" gehalten in der Section für Neurologie auf dem internat. med. Congress zu Copenhagen, sagt: Von besonderem Interesse ist der Einfluss des Intermittensprocesses auf die Störungen der Nerventhätigkeit, welcher in ganz regelmäßig der Zeit nach wiederkehrenden Remissionen und Exacerbationen oft Monate und Jahre lang sich ausdrückt.

7. Psychosen. In den letzten Jahren sind in amerikanischen Zeitschriften einige Fälle von Malaria-Psychosen, vorwiegend mit dem Character der Melancholie, veröffentlicht worden, Fälle, in welchen Heredität und andere aetiologische Factoren ausgeschlossen werden konnten. Ich kann hier wenigstens die Geschichte *eines* Falles mittheilen.

Heinrich K., verh., Plumber, seit 20 Jahren in Amerika, wohnhaft in Hudson City, N. J. seit 15 Jahren; keine erbliche Belastung, keine Syphilis, kein Trauma, Alcoholismus oder sonstige nachweisbare Ursache. Die Eltern des P., sowie Geschwister sind am Leben und gesund. 1878 fing er an an Intermittens zu leiden, mit häufigem Recidiven bis Ende 1881. Es stellte sich sodann Geistesstörung ein, er wurde maniakalisch und starb im New Jersey State Asylum am 24. Januar 1882.

Zwei Fälle von grossem extraperitonealen Beckenhämatome, geheilt durch vaginale Incision und Drainage.

Von Dr. Paul F. Munde,

Professor der Gynäkologie an der *N. Y. Polyclinic* und am *Dartmouth Medical College*, Gynäkolog am *Mt. Sinai Hospital*, Präsident der *New York Obstetrical Society*, Redakteur des *Am. Journal of Obstetrics.*

Unter Hämatom verstehe ich einen Bluterguß in das Zellgewebe des Beckens, im Gegensatze zu der freien Ansammlung von Blut in der tiefsten Stelle der Bauchhöhle, der *Fossa Douglasii*. Im ersteren Falle ist die Blutung extra-peritoneal, im letzteren innerhalb der Bauchhöhle. In beiden Verhältnissen ist die Ursache der Blutung gewöhnlich dieselbe, nämlich das Bersten eines größeren Blutgefäßes, ob Arterie, ob Vene, eher als das langsame Aussickern des Blutes aus kleineren Gefäßen.

Obschon durch Exsudatbildung und Verklebung der Darmschlingen die intraperitoneale Beckenhöhle gegen die Bauchhöhle abgeschlossen wird, und das intraperitoneale Exsudat, oder die Hämatocele, daher faktisch gerade so *extra*-peritoneal sein kann, als das im Beckenzellgewebe befindliche Blut, oder Hämatom, so will ich mich doch hier besonders auf letzeres beschränken, da die zu beschreibenden Fälle unzweifelhaft in diese Categorie gehören.

Die Größe des Blutergusses bei Beckenhämatomen im Weibe ist sehr verschieden; die Menge des Blutes kann nur von der Größe einer Hasel-

oder Wallnuß sein, oder sich auf ein bis zwei Pfund belaufen. Ergüsse von letzterer Größe in das Zellgewebe sind verhältnißmäßig selten, und finden sich entweder retro-uterin, oder peri-uterin, zwischen den Blättern der breiten Mutterbänder, und können sich bis in die *fossae iliacae* erstrecken, und die Bauchdecken vorwölben.

Findet die Ruptur eines größeren intraperitonealen Gefäßes statt, so kann der Erguß leicht sehr groß sein und (wie bei Ruptur der schwangeren Tube) zum raschen Collaps und Tode führen. Bei extraperitonealen Hämatomen ist dagegen ein rascher tödtlicher Ausgang durch Verblutung sehr selten, da Gerinnung des Ergusses leichter stattfindet. Abgesehen von der sofortigen Gefahr, welche der bedeutende Bluterguß mit sich bringt, und welche bei Hämatomen verhältnißmäßig gering ist, folgt noch eine sekundäre Gefahr, die der Vereiterung und jauchigen Zersetzung des ergossenen Blutes, mit Septikämie, und diese ist bei weitem mehr zu fürchten als der primäre Collaps.

In den meisten Fällen von Hämatone ist diese Zersetzung nicht zu erwarten, da kleinere Blutergüsse gewöhnlich im Laufe einiger Wochen oder Monate spontan resorbirt werden, und keine besonderen Spuren zurücklassen. In solchen Fällen beläuft sich die Behandlung hauptsächlich auf kalte Umschläge, Narcotica und Ruhe im Anfange, später auf Ruhe allein.

Bei großen Ergüssen dagegen tritt nach Beseitigung der etwaigen sofortigen Symptome und Gefahren — Collaps, Schmerz, Fortdauer der Blutung — die Frage auf, wie soll den späterhin drohenden Gefahren vorgebeugt und ausgewichen werden, nämlich der voraussichtlich Monate dauernden spontanen Resorption und dem begleitenden Siechthum und Krankenlager; oder der möglichen Zersetzung des ergossenen Blutes und der folgenden Resorption und Blutvergiftung.

Hier giebt es nun drei Hauptverfahren, deren jedes seine Anhänger und Vertheidiger gehabt hat und noch hat :

1. Das exspektative Verfahren, welches der Natur die Resorption des ergossenen Blutes überläßt, höchstens derselben durch resorptionsbefördernde Mittel (heiße Umschläge und Einspritzungen, Jod- und Quecksilbersalben, Galvanismus, etc.) unter die Arme zu greifen versucht.

2. Die Punktion, welche beabsichtigt, durch eine kleine Oeffnung und ein kleines Rohr das ergossene Blut zu entleeren. Und,

3. Die freie Incision, mit nachfolgender Drainage und Irrigation, wodurch das angesammelte, meistens geronnene Blut durch einen ausgiebigen Einschnitt in das Scheidengewölbe vollständig entfernt wird, und die Höhle bis zur Schrumpfung durch constante oder häufige Drainage und Irrigation rein und aseptisch gehalten wird.

A. Martin's Vorschlag, diese Blutergüsse durch die Laparotomie zu behandeln * dürfte trotz Baumgaertner's einem glücklichen Falle † kaum Nachahmer finden, denn Martin's sämmtliche drei Fälle starben. Die Laparotomie scheint mir überhaupt nur für die intraperitoneale Hämatocele passend zu sein, wenn der Bluterguss leichter durch die Bauchdecken als durch die Scheide zu erreichen ist.

Was nun diese drei therapeutischen Methoden anbetrifft, so ist der ersten, der exspektativen, zu entgegnen, daß spontane Resorption

*) Arch. f. Gyn. Bd. XVIII. 1881.
†) Deutsche Med. Wochenschr. No. 36. 1882.

zu lange dauert, bei sehr großen Ergüssen auch gar nicht stattfindet, und die Kranken daher auf unbestimmte Zeit leiden, ohne sichere Aussicht auf Heilung; endlich daß eine ziemliche Anzahl an Erschöpfung, Embolie, Perforations-peritonitis u. s. w. sterben.

Gegen die Punktion läßt sich einwenden, daß sie oft ihren Zweck nicht erreicht, weil das mehr oder weniger geronnene Blut durch die feine Canäle nicht abfließt; daß es trotz gehöriger antiseptischer Cautelen nicht selten vorkommt, daß der Einstich eine Zersetzung des Blutes verursacht und Septikämie erfolgt, und daß schließlich die freie Incision noch gemacht werden muß.

Die Methode Apostoli's nach der Punktion durch den galvanischen Strom (indem die Batterie mit der Aspiratornadel verbunden wird) nicht blos das coagulirte und daher nicht entleerte Blut aseptisch zu erhalten, sondern auch dessen Resorption zu befördern, dürfte einstweilen noch nicht hinreichend erprobt sein, und auch bei sehr großen Ergüssen scheitern.

Gegen die freie Incision und Ausspülung der Bluthöhle läßt sich hauptsächlich die Gefahr der Nachblutung, und der Septikämie einwenden. Doch ist erstere kaum zu erwarten, wenn der Einschnitt erst einige Wochen nach dem primären Ergusse gemacht wird, und wenn im Nothfall temporär tamponirt wird; und letztere läßt sich wohl durch gehörige Antisepsis vermeiden.

Nach einer Zusammenstellung von Zweifel (Arch. für Gynaek. 25. Band, 2. Heft, 1883) wohl die letzte bedeutendere Arbeit über diesen Gegenstand, fanden sich in der Literatur unter 26 Fällen von Incision 4 Todesfälle, oder 15 %; von diesen schienen in zwei Fällen, die forcirten Injectionen die direkte Todesursache zu sein. Von 66 Fällen von Punktion, sind 10 gestorben und 56 genesen, oder 15 % Mortalität; und in 129 Fällen von exspektativer Behandlung fanden sich 54 Todesfälle, oder 18.4 %.

Eine Zusammenstellung von Barnes giebt auf 41 expektativ behandelte Kranke 7 Todesfälle an, oder 17 %, und Bernutz und Goupil fanden in 62 Fällen eine Mortalität von 47 % beim Punktiren, und von 89 % beim expektativen Verfahren. Wenn nun auch letztere Zahlen etwas hoch erscheinen, so ist jedenfalls erwiesen, daß von den operativen Verfahren, Punktion und Incision, letztere eher weniger gefährlich ist als erstere; und es liegt auf der Hand, daß die entleerte und frei drainirte Höhle sich eher schließen wird, als wir die spontane Resorption eines großen, oft 1 bis 2 Liter messenden Blutergusses, mit oder ohne Punktion, erwarten dürfen. Meine auf *zwei* wohl markirte Fälle von *großen* Hämatomen (kleinere, muthmaßliche Blutergüsse im Becken habe ich öfters beobachtet die später verschwanden) begründete Erfahrung, veranlaßt mich, dem Ausspruche des Professor Zweifel beizustimmen, daß die freie Incision von *großen* Beckenhämatomen keineswegs so gefährlich ist als man bisher geglaubt, und daß man nicht immer warten muß mit dem Einschnitte, bis man nicht länger warten kann, sondern daß man auch unter Umständen die direkte Indication der Incision ziemlich frühzeitig stellen, und dadurch der Kranken ein Monate langes Siechthum ersparen kann. Selbstverständlich muß ein Zeitpunkt abgewartet werden, wann der Bluterguß sicher sein Ende erreicht hat und eine Nachblutung nicht mehr zu befürchten ist.

Verschiedene Cautelen sind bei der Incision zu beobachten.

1. Man wählt die hervorragendste Stelle im Scheidengewölbe, womöglich die Mitte des hinteren Gewölbes, um Gefäßen auszuweichen.

2. Man macht die Incision ausgiebig in der Mittellinie, sagittal.

3. Man entleert das Blut gründlich mit Finger, stumpfem Löffel oder (wie ich es that) mit dem Sims'schen Scheidendepressor.

4. Man reinigt die Höhle durch antiseptische Irrigation, Sublimat 1 : 5000 oder Borsäure 1 : 1000.

5. Man verstopft auf 24 bis 48 Stunden die Höhle des Hämatoms mit Jodoformgaze, um etwaiger Nachblutung vorzubeugen.

6. Nach Entfernung der Jodoformgaze wird die Höhle alle 2 bis 3 Stunden mit einer antiseptischen Flüssigkeit (Sublimat 1 : 10,000, Carbol 1 Proc., Thymol 1 : 1000 etc.) irrigirt, und im Nothfalle, bei äußerst übelriechendem Ausflusse oder septischen Erscheinungen wird eine permanente Irrigation durch liegenden Drain ausgeführt. Das Liegenlassen eines Drainagerohres vom Anfange an scheint mir unzweckmäßig und nicht nöthig, da die genannte häufige und gründliche, immer durch einen Arzt auszuführende Irrigation, genügt um die Incisionsöffnung klaffend zu erhalten und die Anhäufung von Zersetzungsprodukten zu vermeiden.

Daß auf diese Weise eine rasche, ziemlich gefahrlose und gründliche Schrumpfung der Höhle des Hämatoms und eine vollkommene Heilung der Patientin bewirkt werden kann, beweisen die beiden folgenden Fälle:

Fall I. *A. D.* 27 *Jahre alt,* 7 *Jahre verheirathet; III para.* Eine Fehlgeburt im 3. Monat vor 3 Wochen, wurde am 16. Jan. 1885 in meine Abtheilung im *Mount Sinai-Hospital* aufgenommen. Vier Tage nach der Fehlgeburt bekam sie Schüttelfrost, Fieber und heftigen Schmerz im Unterleibe, welche Symptome seitdem bestanden haben, mit fortwährendem blutigen Ausfluss. Bei der Aufnahme war die Temperatur 101.2° F.

Status praesens. Als ich die Patientin zum ersten Male sah, spät am Nachmittage des 16. Januar 1885, nach Beendigung mehrerer Operationen, fiel mir die beim Gaslicht gelbliche Blässe ihrer Gesichtsfarbe auf, und aus der Krankengeschichte machte ich die Diagnose einer Parametritis. Die vaginale Untersuchung schien diese Diagnose zu bestätigen, denn es fand sich hinter dem Cervix, welcher gegen die Symphyse gedrängt war, eine pralle fluctuirende Geschwulst, welche fast das ganze kleine Becken ausfüllte, das hintere Scheidengewölbe bis unterhalb des Niveau des äusseren Muttermundes herunterdrängte, und sich nach oben bis auf die Höhe der rechten Crista ilei und fast des Nabels, und etwas links von der Mittellinie erstreckte. Der Uteruskörper liess sich nicht feststellen. Auch in der abdominellen Geschwulst war Fluktuation zu erkennen, und war dieselbe in der Scheide durchzufühlen, es lag also eine Geschwulst mit straffen Wandungen vor, welche eine einzige Höhle mit flüssigem Inhalt enthielt. Eine deutliche Fluktuationswelle war jedoch nicht bemerkbar. Es schien nun wahrscheinlich, dass ein grosser Beckenabscess vorlag, und ich bestimmte den nächsten Morgen zur Feststellung der Diagnose durch Aspiration und eventuell zur freien Entleerung des Eiters.

Als ich die Patientin am nächsten Morgen bei Tageslicht sah, war ihre Gesichtsfarbe so weiss, wachsartig, dass mir der Gedanke an einen bedeutenden Blutverlust kam, und ich die Möglichkeit aussprach, die Geschwulst könne ein Hämatom oder eine Hämotocele sein. Die Aspiration durch das hintere Scheidengewölbe ergab dunkles Blut, ohne Beimischung von Eiter. Unter Chloroformnarkose machte ich sofort einen 2 Zoll langen Einschnitt durch das hintere Scheidengewölbe, welches sehr verdickt war, und nachdem ich mit dem Finger die Höhle ausgetastet und eine etwa gänseeigrosse glatte Geschwulst, von der hinteren Wand ausgehend, gefunden hatte, entleerte ich das dieselbe umgebende dickflüssige Blut theils durch Ausschaben mit dem als stumpfe Curette gebrauchten Sims'schen Scheidendepressor, theils floss es spontan aus. Die Natur des enthaltenen Tumors liess ich unbestimmt, und fiel mir sogar ein, er könne ein Sarkom sein, da ich vor mehreren Jahren einen solchen makroskopisch ganz ähnlichen Fall sah, wo ich nach der Incision in eine grosse Höhle mit bröckligen, zerklüfteten Wänden gelangte. Die mikroskopische Untersuchung der leicht entfernten Massen zeigte ein Rundzellensarkom, soweit ich in der Literatur entdecken konnte, der einzige veröffentlichte Fall von Sarkom des Beckenzellgewebes.

Doch befürchtete ich im jetzigen Falle einen Collaps der äusserst erschöpften Pat., und zog daher vor weitere operative Eingriffe auf einige Tage zu verschieben.

Die Höhle wurde mit Sublimatlösung 1 zu 5000 gründlich ausgewaschen, und mässig fest mit einem langen Streifen von Iodoformgaze verstopft, um etwaige Nachblutung zu verhindern. Die Quantität des entleerten dunklen, dickflüssigen Blutes betrug 16 Unzen. Am zweiten Tage nach der Operation wurde die Gaze entfernt und ein grosses Drainagerohr von weissem Gummi eingelegt, und durch dieses alle 4 Stunden die Höhle irrigirt. Die Temperatur schwankte zwischen 101.4° und 104.2°, trotz reichlicher Darreichung von Chinin und Antipyrin, nach welchem letzteren die Temperatur stets 1 bis 2 Grad (einmal sogar bis 98.6°) fiel, nur um bald wieder zu steigen. Der Ausfluss war sehr übelriechend. Am sechsten Tage nach der Operation hatte Pat. einen Schüttelfrost, mit nachheriger Temperatur von 102.2°. Ich führte den Finger in die Bluthöhle ein und fand, dass die Geschwulst weicher anzufühlen und offenbar in der Zersetzung begriffen war. Ich entschloss mich daher dieselbe sofort zu entfernen, und that dies mit dem Finger und dem Depressor, bis die ganze Höhle gründlich gereinigt war. Die Geschwulst stellte sich einfach als festes Blutcoagulum heraus. Hätte ich dies sofort gewusst, oder der Kräftezustand der Pat. weiteres Operiren gestattet, so hätten derselben mehrere Tage Leiden und eine ziemliche Gefahr septischer Infektion erspart werden können.

Die Temperatur fiel nun sofort auf 98.8°, und ging nur einmal bis auf 101.4°. Bei mehrmals täglichem Irrigiren schloss sich die Höhle allmählig und am 21. Februar, gerade einen Monat nach ihrer Aufnahme, wurde Pat. vollkommen geheilt entlassen. Nur eine ganz kleine seichte Oeffnung bestand noch im hinteren Laquear.

Das sekundär entfernte Blut betrug 10 Unzen, der ganze Inhalt der Höhle daher 26 Unzen, oder über 1½ Pfund. Die Grenzen des Hämotoms waren Uterus, Mastdarm, Falten des breiten Mutterbandes und hintere Vaginalwand; an der extraperitonealen Lage des Blutergusses liess sich daher nicht zweifeln.

Wie es so oft vorkommt, daß ungewöhnliche Fälle schnell hinter einander vorkommen, so hatte ich auch nicht lange auf einen zweiten Fall von Beckenhämatom zu warten.

Fall II. Am 19. März 1885 sah ich Frau *K. G.*, 40 Jahre alt, IX. para, in Consultation mit Dr. Spillinger. Dieselbe hatte im Dec.'84 zuletzt menstruirt, Anfang Februar abortirt, 4 Tage darauf einen Schüttelfrost, Fieber und heftige Unterleibsschmerzen, welche Symptome, mit zeitweiligem Erbrechen und schmerzhafter Defäkation, noch fortdauerten.

Die Untersuchung ergab eine das kleine Becken fast ausfüllende pralle Geschwulst, welche sich rechts bis in die *Fossa iliaca* erstreckte, und den Uterus nach vorne und links verdrängte. Links über der Symphyse waren zwei harte, eigrosse Knollen zu fühlen, welche mit der rechtseitigen Geschwulst scheinbar nicht zusammenhingen. Letztere ergab sehr undeutliche Fluktuation, mehr das Gefühl von teigiger Weichheit.

Da die Verhältnisse der Pat. eine ordentliche Pflege nicht erlaubten, und wahrscheinlich eine explorative Punktion der Geschwulst nöthig sein würde, rieth ich dieselbe ins Hospital aufnehmen zu lassen. Sie wurde also am folgenden Tage in meine Abtheilung im *Mt. Sinai Hospitale* aufgenommen. Temp. 102°. Am selben Tage aspirirte ich durch die Scheide unter Chloroform-Narkose, und als sich nur dunkles Blut entleerte, machte ich einen 2 Zoll langen Einschnitt durch das hintere Scheidengewölbe, in sagittaler Richtung, und entleerte 18 Unzen dickflüssigen Blutes, reinigte die Höhle von Coagulis durch den Depressor, und durch Sublimatirrigation, und packte dieselbe mit Iodoformgaze.

Am zweiten Tage, nach Entfernung der Gaze und Irrigation, war die Temp. 99.8°. Unter 3 bis 4 Mal täglicher Irrigation schloss sich die Höhle allmählig, ohne bemerkenswerthe Erscheinungen, ausser dass noch einige Tage etwas abendliche Temperaturerhöhung bestand, wofür Antipyrin gegeben wurde. Wegen ihres äusserst verfallenen allgemeinen Zustandes machte Patient eine langsame Reconvalescenz durch, und verliess erst am 16. Mai, lange nach Schluss der Höhle, das Hospital.

In diesen beiden Fällen ist der Zusammenhang des Blutergusses mit einem mehrere Wochen vorher stattgehabten Abortus bemerkenswerth.

Es ist in dieser kurzen Notiz lediglich meine Absicht, einen Beitrag zur operativen Therapie der Beckenhämatome zu liefern, und habe ich mich daher gar nicht mit den Fragen der Aetiologie und Diagnose befaßt, besonders da mir neuere Erfahrungen hierüber nicht bekannt sind.

20 West 45. Straße, New York, 8. Dec. 1885.

Neuere dermatologische Behandlungsmethoden.

Von Dr. Ludwig Weiss, New York. *Mitglied der "Deutschen Poliklinik" (Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten).*

Vortrag, gehalten in der-Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend am 7. September 1885.

Wenn ich mir heute Abend für eine kurze Zeit Ihre Aufmerksamkeit erbitte, so geschieht dies nicht in der Absicht, und liegt vielleicht auch nicht in meinem Vermögen, Ihnen etwas Neues bieten zu wollen; sondern aus anderen Gründen erbat ich mir das Wort, und zwar:

1. Um ein zerstreutes Material zu sichten und dem praktischen Arzte dienlich zu machen, und,

2. Den Praktikern, die ja doch die Majorität unserer Gesellschaft bilden, Anregung zu geben, daß sie aus ihrer Reserve hervortreten und mit ihren gewiß werthvollen Mittheilungen aus ihren dermatologischen Erfahrungen herankommen, um so die Gesellschaft durch Cooperation zu stärken.

Wenn auch die Kenntniß und Pflege der Dermatologie in neuerer Zeit den praktischen Aerzten näher gerückt ist und von den meisten bearbeitet wird, so wird es doch in Anbetracht der Ausdehnung, die unsere Wissenschaft erfahren, den ersteren nicht immer möglich sein, gleichen Schritt mit den Errungenschaften eines speciellen Faches zu halten, und die umfangreiche Litteratur, die ja so viel des Ephemeren enthält, zu verfolgen, zu sichten und zu bewältigen.

Die in der Dermatologie neuen Behandlungsweisen haben seit einem Jahre bedeutend an Ausdehnung gewonnen, indem die Indikationen dafür sich erweiterten, die Reihe der anzuwendenden Combinationen sich vermehrte, einige derselben sich als unbrauchbar erwiesen, und die andern nur mit gewissen Modificationen anzuwenden wären.

Der Begriff "Salbe" ist so alt, wie die Dermatotherapie selbst, sie bildet das Prototyp der arzneilichen Einwirkung auf die Haut und deckt gewissermaßen theoretisch und sachlich den Begriff einer lindernden Heilwirkung auf dieselbe. Schon im grauesten Alterthum war das Oelen und Salben der Könige gebräuchlich und lag diesem Ceremoniell, neben anderweitiger Symbolik und Mystik, gewiß auch die Absicht zu Grunde, durch die Salbung gewissermaßen Herrschermilde zu characterisiren. Daß im Homer u. A. von heilendem Balsam die Rede ist, wissen wir Alle, ebenso, um ein neues Beispiel zu bringen, daß die Indianer eine röthliche Thonerde mit Oel und Fett mischen, nicht nur um sich damit zu bemalen, sondern auch um wunde Hautstellen zu bedecken. In dieser letzten Beziehung wären also unsere neuen Pasten — worunter ja, wie wir sehen werden, die Kaolin- und Leinöl-Pasten figuriren, gewiß nichts Neues!

Die "Salbe" zu verbessern, resp. ihre Anwendungsfähigkeit zu steigern war der jüngsten Zeit vorbehalten. Jeder von uns dürfte gefunden haben, daß Ekzeme, Erytheme u. s. w. unter Application von als mild angenommenen Salben als wie Zink-Salbe, Ungt. Cerussae, ja sogar manchmal unter dem Gebrauch des *Ungt. Diachyl.* (Hebra) sich aller Erwartung entgegen verschlimmerten und eine rothe, schmerzhaft nässende Fläche sich präsentirte mit allen Charakteren des Eczema rubrum. Nur selten gelang es, eine Erklärung für diese herbe Enttäuschung zu finden, und so wurde, wie dies ja manchmal wirklich der Fall, dem ranzigen Zustande des Fettes die Schuld an der Verschlimmerung des Leidens gegeben. Doch damit war der Schaden, den die

Salbe gethan, noch immer nicht zur Genüge erklärt, wenigstens in den Fällen nicht, wo das Fett sich als rein und unverdorben erwies. Es mußten also noch andere Factoren mit im Spiele sein, und dieses sind, erstens die Beschaffenheit der Haut in dem speziellen Falle und die Bereitungsweise der Salbe: ob dieselbe mit oder ohne Wasserzusatz angefertigt wurde — also im ersten Falle als Kühlsalbe, im letzteren als einfache Fettsalbe wirke. Dieser Gegensatz zweier Salbenarten, die wir Alle täglich brauchen ist da, technisch und physiologisch — obwohl den Meisten unbewußt, weil wir dieselben gewohnheitsgemäß nicht allein, sondern als Vehikel für different wirkende Mittel gebrauchen, so daß ihre eigene Differenz meist unter der Wirkung jener Heilmittel schwindet.

Es ist das Verdienst Unna's (Hamburg), Licht in dieses dunkle Gebiet gebracht zu haben und ihm verdanken wir es, wenn wir heute mit mehr Bewußtsein diese oder jene Salbe zu verordnen im Stande sind. Nach Unna sind unter Kühlsalben diejenigen kühlen und kühlenden Salben zu verstehen, welche durch Eintragung von Wasser in Fette dargestellt werden. Allerdings ist die Zinkbenzoe-, oder die Cerussasalbe, welche kein Wasser enthalten, auch kühlend (wie dies ja die bekannte Eigenschaft dieser Metalloxyde ist, durch Wasser- und Sauerstoffentziehung zu wirken); diese dürfen wir halb ihrer Zusammensetzung, halb dem Sprachgebrauch folgend, ausschließen. Ihr *Wassergehalt* allein stempelt sie zu Kühlsalben im Sinne Unna's.

Zu diesen Kühlsalben sind zu rechnen:

a) das *Ungt. Plumbicum* (plumbi acetici);

b) das *Ungt. leniens* (refrigerans d. Schweizer Pharmakopoe, die richtigste Uebersetzung des engl. *Cold Cream*);

c) das *Ungt. Rosat.*, eigentlich die Wurzel aller Kühlsalben, schon seit den ältesten Zeiten als Ceratum Galeni bekannt; und

d) das *Ungt. Zinci* der alten deutschen Pharmakopoe, welches mit Ungt. Rosat. bereitet war, und welches in der neueren Ausgabe, ohne dasselbe bereitet, also vereinfacht, resp. verschlechtert wurde.

Der Sache nach gehören zusammen das alte *Cerat. Galeni*, mit dem *Ungt. Rosat.* und dem engl. *Cold Cream;* diese sind nur Modificationen eines Grundtypus, für den am besten der Name Kühlsalbe (*Ungt. refrigerans*) passe. Die Ausdrücke *leniens* oder *emolliens* werden am besten auf Salben wie die Wilson'sche, die Hebra'sche angewendet, welche die Haut wirklich geschmeidig und weich machen, zum Theil gewiß, weil sie reine, Wärme spendende Fettsalben und keine wasserhaltigen, Wärme entziehenden Kühlsalben sind. So viel über den technischen Unterschied der Fettsalben und Kühlsalben; wir wollen nun in Kürze den physiologischen Unterschied derselben an der Hand der Unna'schen Untersuchungen begründen.

Bekanntlich wird unsere Haut durch die Hautschmiere (*Sebum*) constant eingefettet. Wir wissen, daß dieselbe nur zum Theile aus Fett besteht, sie enthält außer Wasser auch Fettsäuren und Seifen; nur so ist es der wässerigen Hauttranspiration möglich, zu verdunsten und eine Abkühlung der Hautoberfläche zu erzielen, weil ja sonst, da sich dieselbe mit reinem Fett nicht mischt, ein Hinderniß für deren Ausschwitzen erwachsen, welches die Hauttemperatur auf einer abnormen, mit der Gesundheit unverträglichen Höhe erhalten würde. Daher finden wir, daß Polarvölker sich instinctmäßig einfetten, um weniger Verdunstungswärme zu verlieren, daß schwächliche Kinder eingefettet werden, um so durch künstlich verlangsamte Verdunstung eine größere

Blutfülle und Wärme der Haut zu erzielen. Aus diesen angeführten Beispielen ist es ersichtlich, warum in manchen Fällen eine mit Wasserzusatz bereitete sog. Kühlsalbe der einfachen Fettsalbe vorzuziehen sein wird, und weiter wird die Eingangs erwähnte Verschlimmerung acuter exsudativer Prozesse nach Anwendung von reinen Fettsalben leicht erklärlich.

„Die Kühlsalbe mit ihren eingeschlossenen Wassertröpfchen, welche beständig Wasser verliert und dadurch ihrer Umgebung beständig Wärme entzieht, wirkt gleichsam als Kühlungsreservoir einerseits, während sie durch ihren Fettgehalt andererseits allen Anforderungen entspricht, die man an eine Fettsalbe stellen kann, indem sie gleichsam die natürliche Hautschmiere nachahmt."

Nach dieser Darlegung würde es sich also empfehlen, bei acuten Prozessen alle reinen Fettsalben in Zukunft zugleich als Kühlsalbe zu verschreiben, womit beiden Indikationen, Kühlung, Milderung der Entzündung, und Erweichung und Deckung entsprochen werden könnte. Also z. B. *Ungt. Zinci* und *Ungt. Rosat.* etc. So viel über den Unterschied zwischen Kühlsalben und Fettsalben; die nähere Definition derselben mit dem daraus folgenden Verständniß ihrer Anwendung bedeutet allein schon einen enormen Fortschritt in der Dermatotherapie, der besonders für die Behandlung der acuten, nässenden, hochentzündlichen Ekzeme und Erytheme von großer Bedeutung ist. —

Einen weiteren Fortschritt in der Behandlung stellen die Oleate dar.

Wie wir wissen, haben Fette und Oele eine analoge Zusammensetzung. Sie bauen sich auf aus basischen und sauren Radicalen, von denen letztere in verschiedenen Modificationen existiren, während die Basis, ein Glyceryl, für sämmtliche Fettkörper einen konstanten Faktor darstellt. Die Fettsäuren, besonders die Oelsäure, verbindet sich leicht mit anderen Basen, und diese bilden die Grundlage der Oleate. Die Anwendung der Oelsäure zur Lösung von Alkaloiden empfahl Attfield im Jahre 1862, jedoch erst durch John Marshall, der 1872 eine Abhandlung über die medizinische Anwendung der Oleate veröffentlichte, wurde die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diesen Gegenstand gelenkt, bis die Untersuchungen Shoemaker's (Philadelphia), welche er im vorigen Jahre in den „Monatsheften für prakt. Dermatologie" niederlegte, den Oleaten einen kaum mehr zu bestreitenden Platz in der Dermatotherapie eroberten. Daß die Oleate sich trotzdem nicht der besonderen Gunst der Aerzte erfreuen, hat seinen Grund hauptsächlich darin, daß die im Handel vorkommende Oelsäure, ein dunkler, ranziger, übelriechender Körper ist, der die Haut durch seinen Inhat an flüchtigen Fettsäuren reizt, und der wegen seiner Unbeständigkeit negative und entmuthigende Resultate ergab. Es handelt sich darum vorerst eine möglichst beständige Oelsäure zu erhalten und diese wurde aus dem viel Olein enthaltenden Süßmandelöl mittelst Verseifung mit Lithargyrum u. s. w. erhalten. Die so erhaltene Oelsäure enthält keine Palmitinsäure (oder fast keine), ist von heller Farbe, mischt sich in allen Verhältnissen mit Alkohol ohne Trübung, hat einen spezifischen jedoch nicht sauren Geruch, und löst leicht Metalloxyde und Alkaloide auf. Diese Oelsäure nun, wird nach dem Vorschlage Shoemaker's mit Kali- oder Natronlauge, unter Anwendung von Wasser und Hitze verseift bis eine klare Lösung des Natronoleates zurückbleibt.

Dieses Natronoleat, resp. eine wässrige Lösung desselben von 1:8 bildet

die Basis aller anderen Oleate. Dieser Körper hat nichts vor der reizenden Eigenschaft des käuflichen Oleates und bereitet Shoemaker mit ihm eine ganze Reihe von Oleaten der Alkaloide und der Metallsalze.

Trotz deren chemischen Purification differiren die Ansichten über die Wirkung dieser Oleate sehr, indem noch immer Reizung und artificielle Ekzeme und Erytheme nach deren Anwendung beobachtet werden. Ob dies in der reduzirenden Eigenschaft der Oelsäure seinen Grund hat, muß vorerst, bis weitere Untersuchungen vorliegen, abgewartet werden.

Jedenfalls ist die bedeutende Penetrationsfähigkeit der Oelsäuren wie der Fettsäuren überhaupt, dasjenige Moment, welches die Oeate, als eine wünschenswerthe Bereicherung begrüßen läßst. Es war schon den älteren Aerzten empirisch bekannt und mag so manchem Pharmaceuten ein Kopfschütteln abgerungen haben, wenn ein solcher Arzt allen Ernstes seine graue Salbe „nur ja recht ranzig" dispensirt haben wollte. Sie wußten, daß die Applikation einer ranzigen fettsäurereichen Salbe viel rascher die erwarteten allgemeinen Symptome hervorrief; gewiss durch nichts Anderes als durch die große Durchdringungsfähigkeit derselben. Es ist daher nach diesen Prämissen kaum verständlich, wenn S. die direkte Absorption derselben bestreitet und den hauptsächlichen Nutzen der Oleate darin erblickt, daß sie mit Leichtigkeit in die natürlichen Oeffnungen der Haut, die Drüsen und Follikel eindringen und eben diesen Oleaten, in welchen ja das betreffende Medikament wirklich gelöst, die Fähigkeit abspricht, mit den Gewebsflüssigkeiten in osmotischen Austausch zu treten. Es wird dies von S. nur bezüglich des Quecksilberoxydul-Oleates, und auch da nur in verschwindend kleinem Maaße zugegeben. Nun ist es aber schwer einzusehen, weshalb eine graue Quecksilbersalbe, in welcher sich das Medikament ja n u r in feinst-vertheiltem Zustande befindet, der Absorption anheimfällt, während ein Oleat oder Oleatsalbe n u r bis in die Drüsen-Follikel vordringen und, an diesem Scheideweg angelangt, für seine Aufnahme ins Blut ein unübersteigliches Hinderniß finden soll — t r o t z d e m hier das Medikament in der fettigen Basis (und dies ist ja einer der der Hauptvortheile der Oleate) vollkommen gelöst ist!

Die Absorption gelöster oder fester Stoffe durch die unverletzte Epidermis scheint, so weit unsere Kenntniß über diesen Gegenstand reicht, allein durch die Hautdrüsen (Talg- und Schweißdrüsen) und Harbälge vermittelt zu werden. Sie erfolgt, indem die gelösten und festen Substanzen in die Drüsenmündungen und die Canäle der Schweißdrüsen und Haarwurzelscheiden eindringen, von wo aus dieselben mittelst der Gefäß- und Lymphbahnen in die Blutmasse übergeführt werden. Damit jedoch das Eindringen dieser Stoffe in die Drüsen und weiterhin die Absorption stattfinden könne, müssen mechanische, chemische oder thermische Reize auf die Hautdrüsen einwirken, wo durch gleichzeitige Lösung der obstruirenden Secrete eine geeignete Permeabilität der Gebilde erzielt wird. Alle diese Momente kommen in gleicher Weise in Betracht, ob man nun Salben oder Oleate anwendet, und wenn die eben geschilderten Bedingungen zugegen sind, so werden unter gleichen Umständen beide Präparate gleich schnell absorbirt werden.

(*Fortsetzung in No.* 2.)

Ueber das Vorkommen der Otitis Media acuta während der ersten Dentition.

Von Dr. S. Kohn, New York; Mitglied der „Deutschen Poliklinik," (Abtheilung für Ohren- und Halskrankheiten.)

Der ätiologische Zusammenhang zwischen acutem Mittelohrkatarrh und dem Ausbruch der Milchzähne beim Säugling hat entschieden nicht die Beachtung der Pädiatriker sowohl, wie der praktischen Aerzte überhaupt erfahren, die er thatsächlich verdient.

Tröltsch macht in „Gerhardt's *Handbuch der Kinderkrankheiten*" auf die Prädisposition zu Mittelohrerkrankungen aufmerksam, welche bei Säuglingen besteht und zwar ist dieselbe seiner Ansicht nach bedingt durch den gefäßreichen Zustand der Schleimhaut und durch die Conformation des Pharynx und der Tuben.

Das häufige Vorkommen von *Otitis media* in Säuglingen belegt Tröltsch[1]) durch eine Anzahl Sectionen. Er fand in den 48 Felsenbeinen von 24 Kindern im Alter von weniger als einem Jahre nur 18 gesunde Paukenhöhlen; in den übrigen 29 (?) fand sich ein eitriges oder, in wenigen Fällen, ein schleimiges Exsudat.

Dasselbe zeigen die Berichte von Schwartze,[2]) Wreden[3]) und Kutscharianz[4]). Letzterer fand bei mehr als 200 Sektionen von Kindern unter einem Jahre, daß nur etwa dreizehn Procent der Tympana gesund waren.

Der Schleim, welcher das Tympanum des Neugeborenen anfüllt und der in den Pharynx abfließen sollte durch die Bewegungen beim Saugen, Athmen und Schlucken, mag bei ungenügender Kraft der betreffenden Muskeln und daraus resultirendem Verschluß des Tubenostiums im Rachen zurückgehalten werden und in Eiter übergehen (Tröltsch.) Es findet sich auch eine Anzahl solcher Fälle unter den Sectionen, welche nicht als Otitis zu betrachten sind.

Vogel[5]) beschreibt ebenfalls die Symptome der *Otitis media* beim Säugling.

Meigs und Pepper[6]) sagen: Wir haben gefunden, daß anhaltendes und unstillbares Weinen eines Säuglings, welches Tage und Nächte anhält, als „Ohrenschmerz" zu deuten sei.

Roosa, (*"Treatise on the Diseases of the Ear" p.* 281) erwähnt den Umstand, daß von einem Anfalle von *Otitis media* herrührender Schmerz bei einem jungen Kinde sehr häufig für einen solchen gehalten wird, der vom Zahnen herrührt.

Nirgends jedoch findet sich der Eintritt der Dentition als ätiologischer Factor für das Entstehen einer *Otitis media* erwähnt und weil ich nun der Ueberzeugung bin, daß in manchen Fällen dieser Causalnexus besteht und ferner, daß die Mittelohrerkrankung selten erkannt wird, habe ich es unternommen, die Geschichte zweier einschlägigen Fälle zu veröffentlichen, welche mir zur Beobachtung kamen.

Die Symptome waren in beiden Fällen so ähnlich, daß die Schilderung eines Falles genügen wird.

---

[1]) „*Würzburger Verhandlungen;*" 1858, Bd. IX, p. LXXVII.)

[2]) „*Arch. f. Ohrenheilkunde,*" 1864, Bd. 1, S. 202.

[3]) *Die Otitis media neonat.* Berlin, 1868.

[4]) „*Archiv für Ohrenheilkunde,*" 1875. Bd. IX, S. 119.

[5]) *Lehrbuch der Kinderkrankheiten,* 1870. S. 431.

[6]) *Diseases of Children,* S. 25.

Ein 7 Monate alter Knabe zeigte sich eines Abends unruhig und war sehr aufgeregt, verweigerte die Brust und die Nahrung, wollte nicht einmal Wasser schlucken. Seine Temperatur war 102° F. Sein lautes und unausgesetztes Schreien veranlasste mich das Zahnfleisch zu untersuchen und ich fand auf dem Unterkiefer die beiden Erhabenheiten der Schleimhaut, welche den bevorstehenden Durchbruch der beiden mittleren Schneidezähne anzeigen. Es schien denkbar, dass das Zahnfleisch vielleicht noch etwas zu dick oder zu rigide war und es wurden desshalb zwei Kreuzschnitte gemacht, in der Hoffnung, dass dies eine Milderung der Symptome herbeiführen würde. Dem war jedoch nicht so. Das Kind wurde bald vollständig intractabel, schrie öfters laut und plötzlich auf, warf sich umher, so dass es die Mutter kaum auf dem Arme halten konnte, verlangte vom Einen zum Andern, blieb bei Jedem nur wenige Minuten und schien sehr zu leiden; verweigerte die Brust bis es endlich vom Schreien und Toben ermattet sich umlegte und zu saugen begehrte. Doch wollte es nur die rechte Brust nehmen und auch diese nur auf einige Minuten. Dann begann es sofort wieder sein Jammergeschrei, schien Niemand mehr zu erkennen, blickte starr und wild um sich, wühlte mit dem Hinterkopfe in die Bettkissen und warf sich ruhelos von einer Seite auf die andere.

Kurz, ich darf den Zustand, in dem sich das Kind befand sehr wohl als infantiles Delirium bezeichnen und es ist wohl verständlich, dass der Verdacht eines schweren Gehirnleiden's nahelag. (Es wird von Hammer [1]) erwähnt, dass diese Symptome sehr häufig für diejenigen einer acuten Meningitis gehalten werden mögen.)

Zugleich bemerkte die Mutter des Kindes, dass dasselbe sehr häufig mit der rechten Hand nach der Ohrmuschel fasste und unter keinen Umständen an der linken Brust trinken wollte. Dies ist erklärlich, da dann das rechte Ohr auf den linken Arm der Mutter zu liegen kam und durch den Druck beim Auflegen der Schmerz vergrössert wurde.

All diess liess mich einen krankhaften Process im Mittelohr vermuthen und es zeigte sich, dass lauwarme Einspritzungen und heisse Bähungen die Aufregung des Kindes bedeutend mässigten. In dem einen meiner Fälle stieg die Temperatur kurz vor der Ruptur des Trommelfelles auf 104.5° F.

Der Abfall aller Symptome trat jedoch plötzlich und vollständig ein, so wie ein dünner, schleimig-eitriger Ausfluss am *Meatus externus* sein Erscheinen machte und wurde dann die übliche Behandlung fortgesetzt.

Was nun den Causalnexus zwischen Otitis und Dentition anbelangt, so ist zuerst der Schmerz in Betracht zu ziehen, welcher dem Kinde durch den Druck des ausbrechenden Zahnes auf die Endzweige des Trigeminus verursacht wird, namentlich wenn das Zahnfleisch dick ist oder die Alveolar-Processe eng und etwas contrahirt sind. Man erinnere sich ferner der Anastomosen dieses Nerven mit dem Vagus und Glossopharyngeus, welche nicht nur in die Schleimhaut des Rachens und der Tuben, sondern auch in diejenige des Promontoriums Verzweigungen schicken. In Anbetracht dieser Verhältnisse ist gewiß die Annahme erlaubt, dass eine anhaltende Irritation der peripheren Trigeminus-Endungen eine sympathische oder Reflex-Reizung derjenigen Nerven verursacht, mit denen der selbe anastomosirt und dadurch vasomotorische Störungen gesetzt werden, welche entzündlicher Natur sein müssen.

Dr. Meyerson [2] hat soeben in einem Artikel „Ueber den Einfluß peripherer Trigeminusreize auf das Gehörorgan," u. a. einen Fall veröffentlicht, in dem durch Entfernung der hypertrophischen Nasenschleimhaut das sehr schwache Gehör des Patienten sofort bedeutend sich besserte.

Auch Prof. Urbantschitsch [3] macht auf die Verbesserung des Gesichtes und des Gehöres aufmerksam, welche durch Reizung der peripheren Trigeminusenden zu erzielen ist.

---

[1]) „*Beiträge zur Pädiatrik*," Berlin, 1863. Bd. I., S. 228.

[2]) „*Wiener Med. Presse*," No. 44, 1885.

[3]) „Pflueger's *Arch. f. d. g. Physiologie*," Bd. XXX.

Endlich hat Sexton [1]) sich eingehend über das häufige Vorkommen von Ohrenerkrankungen ausgesprochen, welche durch eine von cariösen Zähnen ausgehende Reflex-Irritation verursacht werden.

Manche Autoren schreiben die Mittelohrerkrankungen der Fortwanderung der Entzündung zu, welche vom Zahnfleische durch die Schleimhaut *per continuitatem* bis in den Pharynx fortwandert und dort den Verschluß der Tuben verursacht. Ich glaube jedoch, daß eine solche Pharyngitis zu erkennen sein müsse, was eben für gewöhnlich nicht der Fall ist. Auch in den beiden Fällen, welche dieser Arbeit zu Grunde liegen, war die Röthung des Pharynx keine ungewöhnliche und war die Störung des Schluckvermögens, wie die Folge zeigte, nicht durch Pharyngitis verursacht.

In dem Säuglingsalter existiren ganz gewiß viele Fälle von *Otitis media*, ohne daß die Eltern und selbst der Arzt dieselbe gewahr werden, weil die Kinder keine Schmerzen haben und nicht unruhig und eigensinnig sind. Dies erklärt sich aus dem Umstande, daß das Trommelfell in manchen Säuglingen sehr dünn ist und die Perforation desselben durch das Secret daher leicht und schmerzlos vor sich geht. In der Mehrzahl derselben ist jedoch nach Tröltsch die *membrana tympani* fast abnorm dick und man muß daher erwarten, daß in Kindern die Otitis sehr schmerzhaft sei.

Die Gehirnsymptome, welche in beiden Fällen ernstliche Besorgniß erregen konnten, erklären sich aus dem anatomischen Verhalten der *Dura mater* und ihrer Gefäße bei Säuglingen. Bekanntlich erstreckt sich dieselbe durch die *Sutura petro-squamosa* in die Paukenhöhle und ist fast in Contiguität mit deren Schleimhaut; die Blutzufuhr erhalten beide (Dura und Tympanum) von denselben Zweigen der *Art. maxill. int.* (Politzer.) Diese Umstände setzen es außer Zweifel, daß eine intensive Entzündung des Mittelohres eine, wenn auch anfangs vielleicht localisirte, Gehirncongestion hervorufen wird.

Man darf wohl annehmen, daß Fälle, wie die vorliegenden, häufig genug vorkommen und trotzdem ist merkwürdiger Weise so gut wie nichts in der Litteratur darüber zu finden. Dies mag auch als Entschuldigung dafür dienen, daß ich mir erlaubt habe, die Aufmerksamkeit der Collegen auf dieselben zu lenken.

Wenn also ein Kind unruhig und schmerzhaft "zahnt," so sollte der Arzt, sobald er zu Rathe gezogen wird, die Möglichkeit einer Ohrenerkrankung im Auge behalten. Die oben geschilderten Symptome werden ihn, wie ich glaube, in den Stand setzen, über die Diagnose klar zu werden. Sollten dann laue Einspritzungen und heiße Bähungen die Schmerzen nicht lindern, so wären stärkere therapeutische Maaßregeln angezeigt e. g. Einige Blutegel an den Tragus oder hinter die Pinna, kleine Dosen Calomel, oft wiederholt, und Antipyrin zur Behebung des Fiebers.

---

[1]) „*Am. Journ. of the Med. Sciences.*" Vol. 2, S. XXIX, S. 18.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph. D., - - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint am 15. eines jeden Monats.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften und Geldsendungen sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Die "New-Yorker Medizinische Presse."

Indem wir heute mit der ersten Ausgabe einer deutschen medizinischen Monatsschrift an die Oeffentlichkeit treten, sind wir uns der großen Verantwortlichkeit wohl bewußt, welche dies Unternehmen uns auferlegt. Denn, wenn dasselbe auch einem schon oft und von vielen Seiten ausgesprochenem Wunsche gerecht wird, so bieten sich doch so manche Schwierigkeiten dar, welche die uns gestellte Aufgabe zu keiner leichten machen. Nicht die geringste derselben ist der Umstand, daß in der Medizin unser deutsches Vaterland sich schon seit einigen Jahrzehnten die erste Stelle erobert und dieselbe behauptet hat. Die in Deutschland erscheinenden medizinischen Journale gehören daher, wie bekannt, zu den besten der Welt und wird der Maaßstab, welcher an ein neues, in deutscher Sprache erscheinendes Fachjournal gelegt wird, natürlicher Weise ein sehr strenger und die Anforderungen, welche an dasselbe gestellt, werden sehr weitgehende sein. Wir werden versuchen, dem hohen Vorbilde, welches die deutschen Fachschriften uns bieten, nachzustreben, wenn wir auch wissen, daß es unmöglich ist, es den besten unter ihnen in Bezug auf Reichhaltigkeit an streng-wissenschaftlichen Spezial-Untersuchungen gleich zu thun. Darin sind sie unerreicht und unerreichbar. Wir glauben mit Sicherheit auf die bereitwillige Unterstützung unserer hiesigen Collegen in diesem Bestreben zählen zu können.

Sind doch auf der anderen Seite die Vortheile, welche für die deutschen Aerzte in den Vereinigten Staaten aus der Existenz eines eigenen Organes in ihrer Muttersprache erwachsen, sehr zahlreiche und bedeutende. Und daß die „New Yorker Medizinische Presse" wirklich ein Organ werde für die Realisirung der besten Bestrebungen und für die Veröffentlichung der tüchtigsten Leistungen unserer deutsch-amerikanischen Collegen, das ist unser innigster Wunsch und unser höchstes Ziel.

Wir hoffen, daß wir nicht mißverstanden werden. Uns ist jeder Particularismus durchaus fremd; doch schließt dies den berechtigten Wunsch nicht aus, das, was deutsche Aerzte in Amerika leisten und

geleistet haben, in deutscher Form und deutschem Gewande gesammelt und dem ärztlichen Publikum in einer eigenen Zeitschrift vorgelegt zu sehen. Es ist unbestreitbar, daß ein großes und sicher auch werthvolles Material hier in Amerika unbenutzt verloren geht, lediglich der sprachlichen Schranken halber. Unser Journal soll dies verhüten und damit nicht nur eine Lücke füllen, sondern auch so manchem deutschen Arzte eine Anregung geben, über seine Beobachtungen genauere Aufzeichnungen zu machen.

Es liegt bereits eine Erfahrung vor, welche den deutschen Collegen der Stadt New York gezeigt, daß es nur eines gewissen Anstoßes und einer gewissen Ausdauer bedarf, um die deutschen Aerzte in einer deutschen Gesellschaft zu vereinigen, welche fast ausschließlich wissenschaftliche Zwecke verfolgt.*)

Der Inhalt der „N. Y. Medizinischen Presse" wird ein möglichst reichhaltiger sein: Originalbeiträge und Correspondenzen von den tüchtigsten Kräften, ausführliche Revuen über die neuesten und wichtigsten Erscheinungen der Fachlitteratur, Auszüge namentlich aus den reichhaltigsten Fachjournalen, den deutschen, von kundiger Hand für jedes einzelne Gebiet.

Die Interessen des ärztlichen Standes sowohl, wie alle öffentlichen Verhältnisse, welche zur Medizin in Beziehung stehen, sollen die eingehendste Würdigung erfahren. Die nächstliegenden großen Fragen, wie die Hebung des medizinischen Studiums in den Vereinigten Staaten, die Einführung von staatlichen Prüfungs-Commissionen, der Internationale Medizinische Congress und alle Fragen der ärztlichen Ethik u. s. w. werden in der loyalsten und unparteiischsten Weise besprochen werden.

Wir glauben, daß unsere vorliegende erste Ausgabe schon im Stande sein wird, den deutschen Collegen in den Vereinigten Staaten ein Urtheil über das, was wir anstreben zu ermöglichen. Zum Schlusse noch die Bitte an die Secretäre aller deutschen medizinischen Gesellschaften, Vereinigungen und Zusammenkünfte, uns die Protokolle ihrer Verhandlungen zur Veröffentlichung zu übergeben. Die New Yorker Medizinische Presse wird es sich angelegen sein lassen, diesen Organisationen in jeder Weise zu Diensten zu stehen.

Wir schließen mit einem collegialischen Gruße an unsere Leser und bitten um ihre unparteiische, gerechte Kritik.

Die oesterreichische Regierung geht, wie es heißt, mit dem Plane um, ein *Reichsgesundheitsamt* zu errichten. — Endlich!

---

*) Es ist dies die „*Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.*" Dieselbe verdankt es der unermüdlichen Thätigkeit ihres jetzigen Präsidenten, Dr. C. Heitzmann, dass ihre Mitgliederzahl sich zu einer vorher unbekannten Höhe aufgeschwungen hat.

Congressliches.

Man mag über die in den letzten Jahren so heftig entbrannte Controverse zwischen den Anhängern des „*Old Code*" einerseits und des „*New Code*" andererseits denken, wie man will, darin sollten jedoch alle verständigen Mitglieder des ärztlichen Standes einig sein, daß dieser Streit mit dem hier im nächsten Jahre abzuhaltenden internationalen medizinischen Congresse nichts zu thun haben sollte. Leider ist durch das parteiische Vorgehen der Anhänger des „*Old Code*," welches in der Ausschließung des zum Theil vom letzten Congreß in Kopenhagen eingesetzten Comité's gipfelte, die ganze Angelegenheit auf das Gründlichste verfahren worden. Die Resignationen, welche diese kleinliche Handlungsweise zur Folge hatte, zählen bereits nicht viel weniger als zweihundert und zwar befinden sich unter denselben so manche Koryphäen der amerikanischen Medizin.

Es muß hier gleich constatirt werden, daß eine ziemliche Anzahl von Anhängern des „*Old Code*" unter denen sich befinden, welche ihren Austritt erklärt haben, wie denn z. B. speciell die deutschen Aerzte in New York und Umgebung, obgleich zum großen Theile „*Old Coders*," dieses ungerechtfertigte Verfahren unserer nationalen Gesellschaft fast einstimmig mißbilligen. Dies dürfte um so nothwendiger erscheinen, als man in Deutschland nicht allerwärts richtige Anschauungen über diese Angelegenheit hat, wie dies ein Passus in einer Rede des Altmeister's Virchow erkennen lässt.

Der Gegensatz zwischen der *Med. Association* als einer Gesellschaft praktischer Aerzte und anderen Gesellschaften (offenbar sind *State & County Societies* gemeint) als Vereinigungen Derjenigen, welche „die Wissenschaft als ihren Schild und ihre Hülfe betrachten" entspricht den thatsächlichen Verhältnissen hierzulande doch nicht so ganz. Ebensowenig ist die Auffassung, daß die Aufstellung eines Codex ethicus eine von der „*Am. Med. Ass'n*" kürzlich in's Leben gerufene Neuerung sei, ganz correct.

Der „*Code of Ethics*" als solcher wurde schon lange von allen *State* und *County* Gesellschaften anerkannt, nur die, von den New Yorker Organisationen dieser Art zuerst eingeführte, Abänderung des *Code* im Sinne einer etwas freieren Auffassung des Verhältnisses zwischen regulären und irregulären*) Aerzten war diejenige Agitation, welche den Streit zwischen diesem *New Code* und dem *Old Code* der strikteren Observanz heraufbeschwor. Doch ist, wie gesagt, die Uebertragung dieser Streitfrage von dem sogen. politisch-medizinischen Gebiete auf das wissenschaftliche ein großer Mißgriff.

Die Folge davon wird sein, daß wenn überhaupt ein Congreß zu Stande kommen sollte, derselbe an medizinischen Capacitäten von Europa sowohl wie von hier, sehr arm sein wird und daß ist gewiß bedauerlich.

*) Homöopathen und sogen. Eklektikern.

Ueber den von Pasteur *der* "Académie de Médecine" *berichteten Fall* von angeblicher Verhinderung des Ausbruches der Hydrophobie ist es wohl noch zu früh ein endgültiges Urtheil abzugeben. Merkwürdig ist jedoch die Ueberhandnahme des gefürchteten Uebels in Frankreich und England seit die Zeitungen die Pasteur'schen Arbeiten systematisch und ausführlich dem großen Publikum auftischen. Es ist diese Thatsache geeignet, den Skeptikern, welche die *Rabies canina* mehr als eine Psychose anzusehen geneigt sind, ein neues Argument für ihre Ansicht zu liefern.

Da der Stoffandrang ein so unerwartet großer war durch das rege Interesse, welches der „New Yorker Medizinischen Presse" von den hiesigen Collegen entgegengebracht wurde, so konnte die beabsichtigte ausführliche Schilderung und Besprechung der durch das sektirerische Wesen der „*Am. Med. Ass'n*" hervorgerufenen Wirren in der Congress-Frage an dieser Stelle für diesmal nicht Platz finden. Unsere Leser werden dieselbe in der nächsten Nummer finden. Dieselbe wird zugleich einen Abdruck eines Artikel's über den internationalen Congress bringen, welcher von Prof. Ewald, dem Redakteur der „*Berl. Klin. Wochenschrift*" für sein Journal geschrieben wurde.

REFERATE.

Ophthalmologie.

Cocain und kein Ende! Die ophthalmologische Litteratur wird noch immer durch dieses Mittel beherrscht, und noch immer löst eine Mittheilung die andere in monotoner Weise ab, meist nur Bekanntes bringend. Aber nicht die physiologischen oder therapeutischen Wirkungen des Cocains aufs Auge, auch nicht die vorkommenden Intoxications-Erscheinungen, die ja allen Aerzten zur Genüge bekannt sein dürften, sollen Gegenstand des gegenwärtigen Referates sein. Wichtiger scheint es mir, die practischen Aerzte mit den Erfahrungen vertraut zu machen, aus denen es zur Evidenz hervorgeht, daß der Gebrauch des Cocains in der Augenpraxis für die Immunität des Auges nicht so ganz gefahrlos sei, als man aus den bisherigen Berichten anzunehmen berechtigt war. Die Warnungsrufe verdienen Beachtung.

P. D. Keyser (Philadelphia) berichtete zuerst über das Auftreten von *Panophthalmitis*, die er nach Staaroperatinen unter Cocain, sowohl in seiner eigenen Praxis, als in der des Dr. Strawbridge beobachtete. Auch nach einer Iridectomie unter Cocain sah er Panophthalmitis sich entwickeln. Dieselbe Erfahrung hatte Hense (Elberfeld) mit Abtragung eines Irisvorfalles. Aus der Klinik von Dobrowolski (Moskau) wird über das Auftreten von schweren Keratitisformen nach Staarextraction unter Cocain berichtet, und desgleichen aus der Klinik von Graefe (Halle). In letzterer Anstalt wurde in drei Fällen grosser centraler Epithelialdefecte, in sechs parenchymatösen und in einem Falle bläschenförmige Keratitis beobachtet. Aus 150 Staaroperationen mußten sechs aus der Anstalt scheiden mit Hornhauttrübungen, welche kaum mehr Lichteintritt gestatteten, als die getrübte Linse.

Veranlasst durch das Vorkommen von dichten Pilzfädenconglomeraten in neuen, noch uneröffneten Fläschchen von Cocainlösung, die erst wenige Tage vorher aus der Apotheke bezogen waren, richtete Hirschberg (Berlin) an die Apotheke die Bitte, nur vollkommen sterilisirte Cocainlösungen zu liefern. In Erwiderung darauf (*Centralblatt für pract. Aughkde., Oct.* 1885) bemerkt Dr. Friedlaender, Besitzer der Simon'schen Apotheke, daß eine absolute Sterilisation der wässerigen Lösungen von Alkaloiden sich nicht bewerkstelligen läßt, weil in den meisten Fällen, insbesondere bei Cocain, das Erhitzen der Flüssigkeiten eine Zersetzung der wirksamen Stoffe hervorruft. Er schlägt vor, bei Alkaloidlösungen einen conservirenden Zusatz von Glycerin — 2½ bis 5 Prozent genügen — zu verschreiben, wodurch das Präparat für längere Zeit haltbar gemacht wird. Bezüglich der conservirenden Kraft des Glycerins theilt Friedlaender mit, daß er ein Fläschchen mit 5 prozent. Morph.-Lösung, der 5 Prozent Glycerin zugesetzt waren, aufbewahre, welches seiner Zeit der Ausrüstung eines Afrikaforschers beigegeben, die Tropen passirt hat und noch heute, nach weiteren zwei Jahren, absolut klar, ohne jede Faden- und Flockenbildung erscheint.

Viel Staub hat die Exenteratio bulbi aufgewirbelt. Mit diesem Operationsverfahren bezeichnet man die vollständige Ausweidung des Bulbus, nach Abtragung der vorderen Hälfte derselben, und Belassen der Lederhautkapsel um einen guten Stumpf für ein künstliches Auge zu erhalten. Graefe (Halle) sprach zuerst über den Gegenstand auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg 1884, und empfahl die Methode als Ersatz für die Enucleatio bulbi. Als die Sache bekannt wurde erhob Mules (Manchester) Prioritätsansprüche. Landesberg (New York), machte in einer Zuschrift an das "*Centralblatt für Augenheilkunde*" darauf aufmerksam, daß er, während seiner Wirksamkeit in der Armen-Augenheilanstalt zu Wiesbaden in den Jahren 1867/1868, das Verfahren von Alex. Pagenstecher zu wiederholten Malen habe ausführen sehen. Landesberg selbst habe die Exenteratio bulbi etwa 31 mal ausgeführt, in Fällen, in denen die Enucleatio bulbi nur prophylactisch hätte geschehen sollen, und bei denen es um die Erhaltung eines guten Stumpfes für die Prothesis zu thun war. In allen Fällen wurde der vordereAbschnitt des Bulbus sammt Corpus ciliare abgetragen, exenterirt und die Wundränder mittelst Conjunctivalsutur vereinigt. Im Ganzen ging die Heilung etwas langsamer, als nach einer Enucleation von Statten, aber ohne irgend einen unliebsamen Zwischenfall. — In einer Zuschrift an das "*Centralblatt*" bemerkt Noyes (New York), daß er die Exenteratio bulbi seit vielen Jahren und recht häufig ausgeführt, und daß er derselben in seinem Jahrbuche der Augenheilkunde Erwähnung gethan. Er empfiehlt die Operation in gewissen schweren Fällen von Panophthalmitis an Stelle der Enucleation, die leicht zu Meningitis führen kann. Er spaltet die vordere Hälfte des Augapfels durch einen Horizontalschnitt und wischt den ganzen Inhalt mit einem Schwamme aus, bis allein die weiße Lederhaut zurückbleibt.

Uebrigens ist das Operationsverfahren schon alt. Schon Wardrap hat bei sympathischer Augenentzündung der Pferde das erstentzündete Auge durch Hornhautschnitt eröffnet und Linse nebst Glaskörper entleert, und die Methode bei den Menschen empfohlen, die auch später von Barton angewendet wurde.

In letzterer Zeit hat Mules die Methode der Exenteratio bulbi dahin zu vervollkommnen gesucht, daß er in die leere Lederhautkapsel eine

kleine Glaskugel einheilen läßt, um einen schönen Stumpf für ein künstliches Auge zu erhalten. Die Idee ist hübsch, wenn nur nicht die heikle sympathische Ophthalmie nachkommen möchte!

Aber während man über Ersatzmittel für die Exenteratio bulbi sinnt, um so viel als möglich den kosmetischen Ansprüchen gerecht zu werden, kommt uns von Boston eine Mittheilung zu, der zu Folge man dort ganz andere Bahnen eingeschlagen, um das Ziel in vollkommenster Weise zu erreichen. Es handelt sich um nichts geringeres als um den Versuch ein enucleirtes menschlisches Auge durch ein thierisches zu ersetzen. Der Versuch ist von Bradford (Boston) gemacht, und mit Erfolg, wie berichtet. Nach Exenteration eines phthisischen Bulbus bei einem Seemanne, mit möglichster Schonung der Muskeln und Belassung eines großen Opticusstumpfes, wurde in die von allem Blute gereinigte Orbita ein frisch enucleirtes Kaninchenauge hineingethan, nachdem es selbst wie die Orbita mit Eiweiß bestrichen wurde; die beiden Opticusstumpfe wurden durch vorher angelegte Suturen vereinigt, und die Muskeln an die betreffende Stellen des Kaninchenauges angenäht. Die Anheilung ging unter Iodoformverband ohne besondere Reizerscheinungen von Statten. Eine leichte Trübung der Cornea verlor sich im weiteren Verlaufe. Bulbus kann sich nach allen Richtungen ausgiebig bewegen. Die Veröffentlichung des Falles geschah am 18ten Tage nach der Operation.

Einen Beitrag zur Kenntniß der *transitorischen Psychosen nach Staaroperationen* lieferte Landesberg (New York) im *"Centralblatte für practische Augenheilkunde,"* Mai 1885. Bekanntlich hatte Luys in seinem lehrreichen Werke *"Ueber das Gehirn und seine Functionen"* die Behauptung aufgestellt, daß Aufhören der optischen Eindrücke auch eine Beeinträchtigung der Gehirnfunctionen zur Folge haben muß. So allgemein hingestellt, steht die Behauptung im Widerspruche mit den thatsächlichen Verhältnissen. Bei der großen Anzahl von Augenkranken, die für längere Zeit im Dunkelzimmer oder unter Druckverband gehalten werden, und bei der großen Menge der Blinden müßten ja, wenn Luys Recht hat, unsere Irrenanstalten kaum ausreichen, um die Menge der Geisteskranken zu fassen, was ja bekanntlich nicht der Fall ist. Mündliche Nachfragen bei Collegen, die sich mit Nervenkrankheiten, resp. Psychiatrik als Specialität befassen, ergaben, daß sie eine solche Wechselbeziehung zwischen Blindheit und Geistesstörung nicht kennen. Die einschlägigen Lehrbücher über Geisteskrankheiten lassen den Gegenstand ganz unberücksichtigt, und die medicinische Literatur ist über diese Frage mit Casuistik nur spärlich bedacht. Sichel hat zuerst über ein fieberloses Delirium nach Cataractoperation berichtet. Schmidt-Rimpler hat zwei Fälle beobachtet, in denen in Folge Aufenthaltes im Dunkelzimmer Hallucinationen zum Ausbruche kamen. Hirschberg hat unter 100 Staarextractionen Delirium während der Behandlung, ohne bleibenden Nachtheil, dreimal bei Hochbetagten auftreten gesehen. Von den zwei Fällen, über die Landesberg berichtet, betrifft der Eine einen 65jährigen Mann, von mäßiger, nüchterner Lebensweise, der am 3. Tage nach einer erfolgreichen Staaroperation von Gehörs-Hallucinationen, maniakalischer Erregung und Verfolgungswahnsinn ergriffen wurde. Dieser Zustand hielt bis in den 4. Tag an, wobei das Leiden bei Tag etwas zurücktrat, gegen Abend exacerbirte und in der Nacht die höchste Intensität erreichte. Zeitweilige Ruhe und Schlaf konnten nur durch große Gaben von Morphium in subcutanen

Injectionen, in Verbindung mit dem innerlichen Gebrauche von Chloralhydrat, erzwungen werden. Alsdann trat Besserung ein, die zur vollständigen Genesung führte.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 57jährige, in guten, geordneten Verhältnissen lebende Dame, an der, in einem Zwischenraum von vier Tagen, beide Augen wegen Cataract operirt wurden. Patientin benahm sich während der jedesmaligen Operation in musterhafter Weise, und ertrug Druckverband und Bettlager in gehobener, zuversichtlicher Stimmung. Dieser günstige Zustand änderte sich jedoch in der zweiten Nacht nach der 2. Operation. Patientin litt an Gehörshallucinationen (Trommelschlagen, Glockenläuten), jammerte viel, wobei jedoch ihre Stimmung öfters wechselte. Bald war sie zärtlich und liebevoll, bald äußerst verdrießlich und reizbar, bald wieder tief melancholisch und apathisch. Am folgenden Tage brach Tobsucht aus. Mit wildem, unstätem Blicke, mit von Wuth verzerrten und entstellten Gesichtszügen, die Fäuste geballt, stieß sie mit heiserer, rauher Stimme die heftigsten Schmähungen gegen ihre Angehörigen aus, daß sie ein armes, blindes, hülfloses Weib so quälten. Der Puls war klein und schnell, die Haut klebrig-feucht. — Beim Widerstand der Patientin Medicin einzunehmen wurde zur subcutanen Anwendung des Merck'schen krystallisirten Hyoscyamins geschritten, da die erste Dose von $\frac{1}{30}$ gr. keine Wirkung hatte, so wurde nach 5 Minuten eine zweite Dose von $\frac{1}{24}$ gr. eingespritzt. Kaum waren fünf Minuten verflossen, als Patientin plötzlich mitten in ihrem wilden Rasen innehielt, mit hörbarem Rasseln tief Athem holte und gebrochen in die Kissen sank. Das Gesicht wurde leichenblaß, die Lippen livid. Die Athmung war erschwert und verlangsamt, der Puls klein und vermindert. Gesicht und Extremitäten geriethen in krampfhafte Zuckungen. Patientin lag unbeweglich da, mit weit geöffneten Augen, dann und wann mit heiserer Stimme unverständliche Worte lallend. Nach wenigen Minuten hob sich der Puls mit einem Male auf 98, wobei die Welle hart, voll und gespannt wurde. Die Athmung wurde beschleunigt, die Herzkraft erhöht und das Gesicht stark geröthet. Auf dieses Stadium der Erregung, das etwa fünf Minuten anhielt, folgte Ruhe und tiefer Schlaf, aus dem Patientin ganz verständig erwachte. Die Genesung war eine vollständige.

In der Juninummer 1885 des „Centralblattes für praktische Augenkunde," berichtet Hirschberg (Berlin) über einen Fall von Delirium bei Glaucomiridectomie bei einem 67jährigen Herrn, der am Abend nach der Operation plötzlich von heftigem Delirium befallen wurde. Er sprang aus dem Bett, blies die Nachtlampe aus, lief auf den Flur u. s. w. Trotz Chloralhydrat und subcutaner Morphiumeinspritzung bestand das Delirium fort, wenn auch in milderer Weise. Am 3. Tage nach der Operation war Patient ruhig und vernünftig und hatte keine Erinnerung seines Zustandes. In der folgenden Nacht stellte sich das Delirium wieder ein, diesmal mit Hallucinationen und Illusionen. Einfaches Delirium dauerte noch durch einige Tage fort. Schwindel bestand noch nach Wochen. Hirschberg schließt: „Patient ist zwar nicht geisteskrank, aber doch weniger lebhaft, als man erwarten sollte; seine Hirnsubstanz dürfte nicht ganz normal sein.

Dr. M. Landesberg, New York.

Pädiatrik.

Die Phosphorbehandlung der Rhachitis, welche zuerst von Kassowitz befürwortet wurde, findet noch immer Freunde und Gegner. Zu ersteren gehört Hagenbach (Basel). Er fand eine günstige Wirkung auf Convulsionen, Spasmus Glottidis und die Verknöcherung, namentlich des Schädels, nur konnte er eine Beinflussung der mangelhaften Zahnung im Gegensatze zu K. nicht constatiren. Er rühmt deshalb den Phosphor als ein Specificum gegen Rhachitis.

Dem entgegen hat Schwechten bei den an der Henoch'schen Poliklinik gemachten Versuchen gefunden, daß die Rhachitis trotz der Phosphorbehandlung Fortschritte zu machen im Stande war. Auch Volland und Lorey sind nicht für dieselbe. Ersterer erzielte mehrere bedeutende Besserungen mit den Fällen, die er nach Davos gebracht und sie in jener Hochgebirgsgegend längere Zeit hatte verweilen lassen. L. dagegen will den Hauptschwerpunkt der Behandlung rhachitischer Kinder auf die Verdauungsstörung gelegt wissen. Er macht u. a. auf Flatulenz und Diarrhoe aufmerksam, denen ein eigenthümlich widriger Geruch der noch normalen Entleerungen vorhergeht. Er giebt Eisen in der Form von Tinct. Ferr. mur und Glycerin zu gleichen Theilen, ferner sein sogen. *Pulvis antirhachiticus*, nämlich *Chin. tann. und Calcar. phosph.* zu gleichen Theilen mit der fünffachen Menge Zucker verrieben und endlich wenn er vertragen wird — den Leberthran.

Auch Baginsky spricht sich nach seinen Erfahrungen gegen die Phosphorbehandlung aus, insofern dieselbe auf das Knochenwachsthum einen Einfluß haben soll. Er ist der Ansicht, daß die von Hagenbach gemachten günstigen Erfahrungen nur in Bezug auf die Hebung der schweren laryngospastischen und eklamptischen Erscheinungen als wirksam angesprochen werden können, ehe noch das Mittel wirklich eine Veränderung des osteoplastischen Materiales bewirkt haben konnte. Er räth daher zur Darreichung des Phosphors zur Erfüllung dieser Indication.

Mit Ausnahme von Prof. Schmidt (Leipzig), dem ein reiches Material (999 Fälle) zu Gebote steht, das er z. Th. mit Erfolg der Phosphorbehandlung unterzogen, verhalten sich die meisten Kliniker sceptisch und wollen — mit Lorey — auf die Ernährungsstörung das Hauptgewicht gelegt wissen.

Im Anschlusse hieran sei noch erwähnt, daß Dr. E. Pfeiffer (Wiesbaden) in einem Vortrage über "*Die Zusammensetzung der menschlichen Milch bei Rhachitis der Säuglinge*," vor der Section für Kinderheilkunde des deutschen Aerztetages angab, daß nach seinen Analysen der Milch einiger Mütter, welche rhachitische Kinder säugten, dieselbe eine beträchtliche Verminderung der Phosphorsäure aufzeigte. P. verspricht weitere Untersuchungen.

Ueber die schwächende Wirkung des Alcoholmissbrauches auf den kindlichen Organismus sprach ebendaselbst Dr. Demme (Bern).

In der Umgegend von Bern und auch noch in anderen Gegenden der Schweiz besteht die Nahrung des Arbeiters hauptsächlich aus Kaffee und Kartoffeln; dazu wird Branntwein getrunken. Kinder leben ebenso, da die Milch sofort verkauft wird. Käse ist zu theuer; Fleisch wird fast gar nicht genossen. Die Kinder können schon erblich belastet werden, indem der Alcoholismus der Eltern sich auf sie überträgt, auch in Form von Idiotismus oder Epilepsie. Innerhalb 23 Jahren kamen

auf der Berner Klinik folgende, durch directen Alcoholmißbrauch bei Kindern hervorgebrachten Krankheitsfälle vor: Zwei Fälle von *Lebercirrhose* in Folge von Genuß von circa 80 gr. Alcohol täglich. Es war echte fein granulirende interstitielle Hepatitis, welche die ganze Leber ergriff und welche mit Abmagerung, psychischer Schwäche, Petechien, Vergrösserung resp. Verkleinerung der Leber, Oedemen und Ascites verlief. Weiter zwei Fälle von *Epilepsie* nach *chronischem* Alcoholismus. Anfangs trat Tremor und psychische Erregung auf. Der Alcoholverbrauch wurde deshalb noch gesteigert, da die Eltern diese Zustände für Schwäche hielten. Jetzt trat bleibende Epilepsie auf, welche durch Bromkalium nur vorübergehend beeinflußt werden konnte. Weiter wurden zwei Fälle von *Epilepsie* nach *acutem* Alcoholismus beobachtet und endlich Fälle von "*Night terrors*" und *Chorea*. Da es jetzt häufig vorkommt, daß gesunden Kindern ohne ärztliche Verordnung Wein verabreicht wird, so muss im Hinblick auf die Schädlichkeit des Alcohols entschieden gegen diesen Missbrauch Front gemacht werden und als Regel gelten, den Alcohol nur therapeutisch zu verwenden und zwar bei acuten Processen, wo die Ernährung leidet, soll Alcohol gereicht werden. Man sorge immer für ein absolut reines Präparat.

Ueber cerebrale Kinderlähmung sprach ebendaselbst Prof. Ranke. Er erinnert daran, daß Struempell im Jahr vorher das Bild der cerebralen Kinderlähmung im Gegensatze zum Bilde der spinalen Kinderlähmung präcisirt hat. Die Symptome sind fast völlig gleich, nur fehlt bei ersterer immer die Degeneration der Muskeln und die Entartungsreaction; die Lähmung ist keine schlaffe, sondern es finden Muskelspannungen statt, die Sehnenreflexe sind erhöht. Häufig ist bei der cerebralen Kinderlähmung Athetose oder Epilepsie, auch Störungen der geistigen Functionen. Bei Sectionen älterer Fälle fand Struempell porencephalische Herde in der grauen Substanz des Gehirns und nennt daher die Affection *Poliencephalitis acuta*, cerebrale Kinderlähmung. Unter 18 Fällen von Kinderlähmung, welche Prof. Ranke seit einem Jahre an der Münchener Poliklinik beobachtet hat, fand er in 9 Fällen die Symptome der cerebralen Form. Bei 3 Fällen schien die Affection angeboren; 6 Fälle waren hemiplegisch, 2 monoplegisch. Wachsthumshemmung ließ sich nachweisen an Knochen und Muskeln, während das Zellgewebe normal war. Athetose in den Händen wurde mehrmals beobachtet, am Fuße nur einmal. In zwei Fällen war Störung der Intelligenz, und ein Mal Epilepsie vorhanden. Die Lähmungen waren nicht schlaff, sondern es traten Muskelspannungen auf; jedoch waren die Sehnenreflexe, welche immer vorhanden waren, nicht immer auch gesteigert. Sensibilität und electrische Erregbarkeit waren genau wie auf der gesunden Seite; keine Entartungsreaction. Sectionen wurden nicht gemacht. Bei den angeborenen Fällen ist die anamnestisch ermittelte Asphyxie nach der Geburt als ätiologisches Moment heranzuziehen.

Nach "*Berl. Klin. Wochenschr.*," *No.* 43, 1885.

Einen Fall von allgemeiner Tuberculosis nach acuter Nephritis post Scarlatinam mit Tuberkeln in der Choroidea beschreibt Dr. Semple (London) in den amerikanischen "*Archives of Pediatrics*" (No. 10. 1885).

Ein fünfjähriger Knabe, durchaus gesunder Abstammung bekam vier Wochen nach einem Anfalle von Scharlachfieber Oedem im Gesicht und Ascites. Zwei Wochen später kam Hämaturie dazu und am 16. Juli

1884 erfolgte seine Aufnahme in dem "North Eastern Hospital for Children."

Status präsens: Oedema faciei; blasse Lippen und Conjunctiven, allgemeine Anaemie; Haut derb und trocken; Leibesumfang 24 Zoll; Oedem der Brust und Bauchdecken, doch Ascites nicht bestimmt nachweisbar; leichtes Oedem der unteren Extremitäten. Herz und Lungen normal, nur war der zweite Pulmonalton verstärkt. Der Urin blutig, S. G. 1010, Eprouvette halb voll Eiweiß nach dem Kochen. In der ersten Woche des August wurde P. geheilt entlassen.

Am 4. October hatte er einen Anfall von Aphasie und Hemiplegie; am 15. October starken Kopfschmerz, der bis zum 17. November sich zur Unerträglichkeit steigerte und seine erneute Aufnahme in's Hospital nöthig machte. Dann allgemeine Symptome einer tuberculösen Meningitis. Eine ophthalmoskopische Untersuchung (am 18. November), durch Dr. Warren Tay ergab Folgendes:

"In beiden Augen *Neuritis optica.* Im rechten Auge zeigt sich (im umgekehrten Bilde) auf der inneren Seite ein rundlicher, unbestimmt begrenzter Fleck ungefähr ein Viertel der Größe des Sehnerven, welcher höchstwahrscheinlich tuberculöser Natur ist. Nichts dergleichen im anderen Auge."

Der Fall ging unter epileptiformen Convulsionen, Bewußtlosigkeit, Paralyse der Spinkteren etc. rasch dem Ende entgegen, welches am 28. November eintrat. Nie wieder war Eiweiß im Urin.

Die Infiltration der Choroidea vergrößerte sich ziemlich rasch; am 26. zeigte sie sich schon in der Mitte gelblich gefärbt, umgeben von einem grauen Ringe. Am Todestage war die Geschwulst schon von dem Durchmesser des Sehnerven und zeigte verschiedene Retinalgefäße, welche durch ihr Wachsthum emporgehoben, quer über sie verliefen.

Die Section ergab verschiedene tuberculöse Herde meist an und in den parietalen und frontalen Oberflächen der Hemisphären, entlang der linken *Fissura Rolandii*, meningitische Exsudate, Verklebungen und Verwachsungen.

Die Augen wurden für spätere mikroskopische Untersuchungen vorbereitet und aufbewahrt. Beide Aderhäute enthielten Tuberkel.

Tuberkel fanden sich außerdem in Lungen, Pleura, Bronchialdrüsen, Herz, Leber, Milz und Nieren.

Es scheint, daß dies der erste Fall ist, in welchem die Diagnose von Tuberkeln in der *Choroidea intra vitam* gestellt und *post mortem* verificirt worden ist.

Pathologie, Therapie und medizinische Klinik.

Völlige Obliteration der Aorta thoracica an der Einmündungsstelle des Ductus thoracicus. Diesen seltenen Fall beschreibt Sommerbrodt in der „D. mil. ärztl. Ztschr." (No. 2, 1885.)

Der Kranke, der im 34. Jahre einen Schlaganfall hatte, starb im 46. Jahre unter den Erscheinungen eines schweren Gehirnleidens. Die Herzdämpfung war stark vergrößert, der 1. Ton von einem hauchenden, singenden Geräusch begleitet, das später allein hörbar war. Der zweite Pulmonalton war klappend. Ueber den Schlüsselbeinen war eine starke systolische Hebung sichtbar und dasselbe Geräusch bei der Systole. Die Hautarterien des Rückens, speciell die an den Rändern der Schulterblätter waren groß und geschlängelt und pulsirten synchronisch mit dem Radialpulse. Ueber denselben klappender systolischer

Ton. Die Diagnose: Verschluß der Bauchaorta wurde gestellt und die Sektion ergab Folgendes:

Im Gehirn multiple apoplektische Herde. Die Aorta bis in den Arcus dilatirt, aber das Lumen beengt durch plattenartige, dicke Auflagerungen; dicht hinter der Ansatzstelle des Ductus arteriosus Botalli an den Bogen, endet dieselbe in einen trichterförmigen Sack, von dem aus sie einen 5 mm. langen soliden Strang bildet, der in die nach oben verjüngte Aorta descendens übergeht. Herz dilatirt, zwei Semilunarklappen verwachsen, jedoch durch Elongation schlußfähig. Der Collateralkreislauf wurde hergestellt:

1. Durch die (sehr erweiterten) Artt. mammill. int., welche mit den (ebenfalls stark erweiterten) Artt. epigastric. communicirten ;

2. Durch die zu Gänsekieldicke erweiterten Haut- und Muskelarterien des Rückens und

3. Durch einige unter der Verschlußstelle von der Aorta abgehende (enorm erweiterte) Artt. intercostal. mit den (erweiterten) Aesten der Transvers. colli.

Es ist dies der dreizehnte in der Literatur beschriebene Fall derart. Eine Zusammenstellung der anderen — mit Ausnahme eines von Luettich im „*Archiv f. Heilkunde*" (Suppl. Heft 1875) veröffentlichten — hat Kriegk im 137. Hefte der „*Prager Vierteljahrsschrift*" publicirt.

Cocainum muriaticum gegen Seekrankheit. Der erste Autor, welcher günstige Erfahrungen über die Wirkung des Cocains auf die Seekrankheit veröffentlichte, war Manassein (Berl. Klin. Wochschr. No. 35, 1885.) Ihm folgt in No. 43 Dr. W. Otto, welchem als Schiffsarzt des N. D. L. Dampfers „Ems" ein großes Material zu Gebote stand.

O. gab eine wässerige Lösung (1:9) *per os*, in Dosen von 0,015—0,02 Cocain dreimal täglich, doch nur Erwachsenen.

Obgleich manche Passagiere, trotz Cocain seekrank blieben, sah O. doch sehr häufig eine erfolgreiche Wirkung. Dieselbe bestand in: Aufhören des Brechens und Wegbleiben der Brechneigung, häufig mit nachfolgendem erquickendem, ruhigem Schlafe.

Dabei wurde allerdings für die ersten Tage horizontale Lage angewiesen; in wie weit dieselbe an den verzeichneten Erfolgen Schuld ist, ist schwer zu sagen.

Einen Fall von Gallenfistel nach Entleerung von (306) *Gallensteinen* stellte *Prof.* Fraentzel der Berliner medicinischen Gesellschaft vor. Das Eigenartige in dem Falle war, daß der Patient kaum nennenswerthe Beschwerden während des ganzen Krankheitsverlaufs gehabt hatte. Vom 31. December 1884 bis 10. Juli 1885 litt P. dann und wann an Druck in der Magengegend und Stichen in der rechten Seite und pflegte nur selten seine Berufsthätigkeit einzustellen. Ende Mai röthete sich die Stelle der späteren Fistel und P. hatte vor, nach Carlsbad zu reisen. Doch wurde ihm von seinem Arzte gerathen, in's Hospital zu gehen. Dort erfolgte am 10. Juli der Durchbruch nach Außen. Die Eiterung war niemals copiös und fließt gegenwärtig (19. October) der mit wenig Galle gemischte Eiter nur tropfenweise.

Fraentzel verspricht weitere Mittheilungen.

Ein neues klinisches Thermometer demonstrirte in derselben Sitzung Dr. Thorner. Es ist dies ein sogen. *Metallthermometer*, noch unvollkom-

men in manchen Punkten (zu kleine Theilung), aber mit folgenden Vorzügen vor den üblichen Glasthermometern:

1. Die handliche Form (von der Größe einer Damen-Taschenuhr.)

2. Die große Genauigkeit und Verläßlichkeit.

3. Die schnelle Erwärmbarkeit (in $2\frac{1}{2}$ bis 3 Minuten.)

4. Die Zuverlässigkeit in Bezug auf Markirung der Maximal-Temperatur.

5. Die bedeutende Dauerhaftigkeit.

Das Instrument ist von Herrn Otto Immisch (London und Berlin) erfunden und wird mit allen nothwendigen Verbesserungen in nächster Zeit in großem Maßstabe fabricirt werden.

Fünf Frauen mit Dislocation der Leber (Wanderleber) stellte Dr. L. Landau im „*Berliner Verein f. innere Medicin*“ vor. Er schlägt für alle Dislocationen, welche nicht von einfacher Senkung und consequenter Anteversion herrühren, lieber Drehleber anstatt Wanderleber zu nennen. Diese Drehungen erfolgen nach L. in sehr complicirter und verschiedenartiger Weise um eine Linie, welche man sich gezogen denken kann von der Anheftungsstelle der Leber an die *Vena cava* (und dieser an die hintere Bauchwand) in der Richtung des *Ligamentum suspensorium* bis zum Nabel. Doch ist auch hier die Senkung meist in Folge schlaffer Bauchdecken (eines sogen. Hängebauches), die primäre Ursache der Dislocation. Aber erst in späteren Stadien, wenn schon ein gewisser Grad der Senkung erreicht ist, beginnt die Drehung und mit ihr die volle Unruhe der Patientinnen, die meinen, daß sie eine bösartige Geschwulst im Leibe haben. Der Zug und die Drehung, welchen die *Vena cava* ausgesetzt sind, beginnt ebenfalls wirksam zu werden. Störungen im Circulationsapparate mit Congestivzuständen verschiedener innerer Organe: Bronchialcatarrh, Dyspepsie, Metritis, Prolapsus oder doch Retroflexion der Gebärmutter etc.

So hatten die fünf von L. vorgestellten Patientinnen alle eine Retroflexion und drei noch ferner einen Scheidenvorfall und mehr weniger der erwähnten Symptome.

Daß die Erschlaffung der Bauchdecken das Primäre ist, scheint L. am besten dadurch erwiesen, daß bei drei von den Frauen, während jeder Schwangerschaft (es kamen deren fünf zur Beobachtung) eine bedeutende Linderung der Beschwerden eintrat und objectiv auch das Hinaufrücken der Leber in Folge der veränderten Spannungsverhältnisse beobachtet werden konnte.

Die Behandlung sei hauptsächlich auf Stärkung resp. Stützung der Bauchwandungen zu richten, also das Tragen einer gut sitzenden Leibbinde, resp. eines Corsets anzuempfehlen. Ebenso sind die den Descensus und die Retroflexion behebenden Pessarien und die Operationen für Scheiden- und Uterusvorfall oft von eclatanter Wirkung. Und zwar, wie L. meint, geschieht dies in der Weise, daß die am langen Mesenterium tief in den Douglas'schen Raum hinabhängenden und zuweilen in grob mechanischer Weise Schmerz an der Ursprungsstelle des Mesenterium's erregenden Därme von hier aus ebenso reponirt und gestützt werden, wie die Därme in einer Hernia durch ein Bruchband.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber einen Fall von unstillbarem Erbrechen einer Schwangeren, welcher durch Sondenfütterung geheilt wurde, berichtet Dr. Bruenniche in Kopenhagen. Ein Referat darüber in dem *"Centralblatt für Gynäkologie"* (No. 41, 1885) enthält Folgendes:

Eine 33jährige Unverheirathete mit spärlicher unregelmässiger Menstruation hatte seit 2 Monaten an heftigen kardialgischen Beschwerden gelitten. Unter der Diagnose *Ulcus ventriculi* wurde sie im Kommunehospital aufgenommen. Die Möglichkeit einer Gravidität wurde in Abrede gestellt. Während des Aufenthaltes hier nahm das Erbrechen in beunruhigendem Grade zu, sie verweigerte jede Nahrung und die Inanition wurde drohend. Das Aussehen war kollabirt, Zahnfleisch blutend, Habitus kadaverös. In 5 Tagen hatte sie nicht 2 Schoppen Milch genommen. Es wurde dann mit künstlicher Ernährung durch die Oesophagussonde angefangen, die nur bis zum Anfange der Speiseröhre eingeführt wurde. Die Nahrungsmittel wurden langsam eingeflößt, mit kaltem Wasser nachgespült, bevor die Sonde zurückgezogen wurde. Es wurde erst mit Milch versucht, die sie ja früher gar nicht hatte vertragen können, und nur einige Male täglich; später recht oft und mit verschiedenen Sachen, Bouillon, Hafersuppe, Fleischpulver. Diese Ernährungsmethode, die sie sehr schnell selbst zu administriren verstand, wurde augenblicklich gut vertragen, Uebelkeit und Erbrechen hörten gleich auf. Nach 5 Tagen wurde ein Versuch gemacht, ohne Sonde zu schlingen, das Erbrechen kehrte aber dann wieder. Der Zustand besserte sich unter dieser Ernährung in allen Beziehungen. Erst jetzt wurde Schwangerschaft mit Sicherheit konstatirt. Nach 3 Wochen konnte sie die Sonde entbehren, vertrug jetzt Alles und wurde geheilt entlassen. Daß es hinreichend war, die Sonde nur zum Anfange der Speiseröhre zu führen, wird vom Verf. besonders betont, jede Furcht, den kranken Magen mit der Sonde zu lädiren, fällt weg, und die Technik wird so einfach, daß jede lehrsame Pat. dieselbe bald lernt. Der Fall ist lehrreich in Beziehung auf die Lokalität der sensiblen Stellen, aus welchen das Erbrechen ausgelöst wird, es zeigt, daß diese höher im Digestionstractus, als im kranken Magen gesucht werden müssen und ist ferner wohl nicht ohne Bedeutung für die Behandlung verschiedener mit hartnäckigem Erbrechen verbundenen Krankheiten.

Zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes liefert Dr. Freudenberg (Köln) einen Beitrag, indem er sich gegen Koppe (Moskau) wendet, welcher die Anwendung der Zange in solchen Fällen ausnahmslos verwirft, und zwar deshalb, weil:

1. Ein zu großer Zeitverlust mit Anlegung der Zange verbunden sei, und
2. Die Zange im queren Durchmesser eine Vergrößerung des Kopfes herbeiführe.

Statt der Zange will Koppe deshalb nur die manuelle Compression und Expression des Kopfes nach vorheriger Blasenentleerung und Beseitigung widriger Stellung — Kinn nach vorn etc. — angewendet wissen.

Dem entgegnet Freudenberg, daß das Catheterisiren gewiß kaum weniger Zeit in Anspruch nehme, als wie die (am nachfolgenden Kopfe sehr leichte) Anlegung der Zange und daß ferner die Zange nicht nur als Kompressionsmittel, sondern auch als lageverbesserndes Instrument sich glänzend bewähre. Der letztere Umstand widerlegt zugleich die

Annahme, daß eine hinderliche Vergrößerung des Kopfes durch die Zange bedingt wäre. Er hält K. ferner vor, daß sein Verfahren erst durch eine größere Versuchsreihe erprobt werden müsse, ehe sein Werth endgültig beurtheilt werden könne. Ueberhaupt wäre etwas Aehnliches schon immer angewendet worden, aber es sind stets und würden stets Fälle übrig bleiben, in welchen die Zangenextraktion als ultima ratio geschehen müsse. Natürlich nur da, wo die manuelle Hilfeleistung gar nicht oder nicht in der gleichen Zeit ausreicht.

F. schließt mit folgenden Worten:

"Hat sich dieser Handgriff (nach Koppe) aber als ungenügend erwiesen, so tritt die Zange nicht mit ihm, sondern mit der Perforation in Konkurrenz und sind die Indikationen für die — dann nicht nur statthaft, sondern geradezu geboten erscheinende — Zange von Kormann, Ruge, Beumer, Peiper und mir (F.) klar und scharf charakterisirt worden." ("*Ctrlbl. f. Gynäkol.*" No. 45, 1885.)

Ueber die relativen Lagen der Uterusachse und der Beckeneingangsachse hat Kuestner eingehende Untersuchungen angestellt und ist zu dem Resultate gekommen, daß bei der graviden, wohlgebauten Person die Uterusachse, wenn sie nicht mit der Beckeneingangsachse zusammenfällt, nur wenig nach hinten von derselben liegt. Zumeist ist dies der Fall in der Rückenlage. Doch glaubt K., daß die dargestellten Verhältnisse wenig oder gar keinen Einfluß auf die Kopfstellung haben, einerlei, ob es sich um normale oder um pathologische Kopfstellungen handelt. ("*Ctrlbl. f. Gynäkol.*" No. 45, 1885.)

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber die innerliche Verwendung des Liquor Ferri sesquichlorati gegen Erysipelas berichtet Dr. Sorgenfrey (Akerneau, Rußl.) in der "*Allg. med. Central-Zeitung*" (No. 23, 1885).

Er verabreichte täglich 8 g. (℥ii) in 180 g. (℥vi) Wasser und sah jedesmal binnen 48 Stunden den Krankheitszustand zum Stillstande kommen. Schon am ersten Tage der Behandlung wurden die ergriffenen Stellen (meist E. faciei) blässer und die Ausbreitung eine weit langsamere. Ob die gleichzeitig äußerliche Anwendung von Ol. Terebinth. und Ol. Hyoscyami dabei ebenfalls in Betracht zu ziehen ist, bleibt unentschieden.

Ueber einen Fall von conträrer Chininwirkung schreibt Dr. G. Merkel in dem "*D. Archiv für klin. Medicin.*" Patientin litt an einer Milzanschwellung, wahrscheinlich von Intermittens herrührend. Ihre Temperatur war normal. Nach kleinen Gaben von Chin. muriat. (0,1 bis 0,3) trat innerhalb 1—2 Stunden Schüttelfrost und Temperatursteigerung (bis 40° C.) ein. Der Puls wurde klein und schnell (120). Puls und Temperatur kehrten gleichzeitig zur Normale zurück, sobald die Chininwirkung aufhörte. Die Milz, auf welche das Chinin absolut keine Einwirkung zeigte, ging später ohne jede Behandlung im Umfange zurück.

Daß Antipyrin und Spir. aether. nitr. Incompatibilien sind, wurde von Dr. Eccles (Brooklyn) entdeckt. Die erst farblose Lösung wird nach und nach blau; um so stärker blau, je mehr Antipyrin verwendet wurde. Daß diese Farbe von der Bildung blauen Anilins herrührt, ergiebt sich

aus der Abstammung des Antipyrins. Schon aus der Eigenschaft der Lösung, bei durchfallendem Lichte eine ganz andere Farbe zu zeigen, als bei reflectirtem war dies evident, ehe die chemische Prüfung dies bestätigte. (Dr. Leuff in "*Archives of Pediatrics*," No. 10, 1885.)

Antipyrin ein wirksames Stypticum. Huchard & Hénocque fanden, daß nach Abtragung von drei Zehen einer Hinterpfote je dreier Meerschweinchen die Blutung an der blutenden Fläche stand nach dem Eintauchen in: Eine 5% Antipyrin-Lösung nach 4 Min.
„ 5% Ergotin- „ „ 7 „
„ Eisensesquichlorid-Lösung nach 9 Min.

Bei der in Antipyrinlösung getauchten Pfote trat keine Nachblutung ein, während dies bei den beiden anderen der Fall war. Sollte sich diese stypische Wirkung auch bei größeren Blutungen herausstellen, so würde damit das Antipyrin in äußerer Anwendung ein ebenso unschätzbares Mittel werden, wie es dies schon für die interne Medizin geworden ist. Bis jetzt ist es beim Menschen nur bei heftigem Nasenbluten (in Form von mit Antipyrinlösung getränkten Wattetampons) und auf eine Finger- und eine Kopfwunde (in Pulverform) angewendet worden und zwar stets mit Erfolg. Auf eine angeschnittene Art. und Ven. femoralis des Kaninchens befestigt, stillte ein Stück mit Antipyrinlösung getränkter Feuerschwamm die Blutung nach wenigen Minuten. (*Berl. Klin. Wochenschr., No.* 43, 1885.)

Die Art der Wirkung des Eisens und seiner Präparate wird von Dr. Bunge in der „*Zeitsch. f. phys. Chemie*" (IX., 1985) erörtert. Einem Referate hierüber in „*Schmidt's Jahrbüchern*" (No. 5., 1885) sind die folgenden wichtigeren Punkte entnommen:

In einem durch künstliche Verdauung eines Eidotters erzeugten Präparate fand sich das Eisen weder als Eisensalz, noch als Albuminat vor. Dasselbe existirt im Dotter sowohl, wie in der Milch, den Cerealien, Leguminosen, etc., nur in Form complicirter organischer Verbindungen, welche durch den Lebensproceß der Pflanze erzeugt werden; in dieser Form allein wird das Eisen resorbirt und assimilirt und aus diesen Verbindungen bildet sich das Haemoglobin.

Da nun die anorganischen Eisenpräparate bei Chlorotischen die Hämoglobinbildung bekanntermaßen befördern, so nimmt B. an, daß die anorganischen Eisensalze in irgend einer Weise (nach dem Berthollet'schen Gesetze der *Massenwirkung*) die organischen Eisenverbindungen vor der Zersetzung des Eisens bewahren. Hiermit stände dann die Thatsache im Einklange, daß die Eisenpräparate bei der Chlorose nur in sehr großen Gaben, also durch Massenwirkung nützen; ferner, daß durch abnorme Zersetzungsvorgänge im Magendarmkanal, welche zu den stetigen Erscheinungen der Chlorose gehören, insbesondere durch Bildung von Schwefelalkalien, das Hämogen, wie B. gezeigt hat, zersetzt werde. Einer solchen Zersetzung des Hämoglobin werde nun durch Einführung größerer Mengen anorganischer Eisensalze vorgegesorgt, indem hierdurch die Schwefelalkalien etc. zerstört würden. Das eingeführte Eisen wirke also nur indirekt, indem es das Hämogen der Nahrung vor Zersetzung bewahre. Es würde dieser Zweck wahrscheinlich besser erreicht werden, wenn mann statt des Eisens die verdauungsbefördernde Salzsäure (1 bis 2 proc. Verdünnung) eßlöffelweise nach der Mahlzeit geben wollte.

(*Nach* Schmidt's *Jahrb. No.* 5, 1885.)

Daß Eisen, welches nicht an Eisweiß gebunden ist, vom Thierkörper aufgesogen wird, wiesen Debierre und Linossier durch Versuche an einem 17 kg schweren und unter möglichst gleichen Bedingungen gehaltenen Hund nach. (*Bull de Thér.* CVIII, 1885.) Das in einem Käfig gehaltene Thier wurde in Stickstoffgleichgewicht gebracht (8.0 g. auf 1 Liter) und ihm dann eine abgemessene Quantität Blut entzogen. Es wurde ihm hierauf täglich mit seiner Nahrung 40 cg. *Kal. tartar. ferr.* oder *Ferr. ammon.-citr.* gegeben. Er bekam im Ganzen 10 g. in 25 Tagen. Nun wurde, nach 48 Stunden Sistirung der Eisenfütterung, abermals dieselbe Quantität Blut entzogen. Bei Zunahme des Körpergewichtes um ein halbes Kilo (von 17 kg. auf 17,5 kg.) enthielt das zuletzt entzogene Blutquantum (420 g.) um 39 mg. mehr Eisen, als das vor der Darreichung des Eisens erhaltene (557 mg. gegen 518 mg.). Das Hämatochrometer von Malassez zeigte eine Vermehrung des Hämoglobins um 10 Prozent; die Blutkörperchenzählung eine Vermehrung um 4.06 Prozent.

Hieraus ergiebt sich nun:

Daß bei einem gesunden, künstlich anämisch gemachten Thiere unter dem Einfluß einer längeren Eisenbehandlung der Gehalt an Eisen höher als im normalen Zustande zu steigen vermag.

(*Nach* Schmidt's *Jahrb. No.* 5, 1885.)

Das Pelletierin, das wirksame Alkaloid der Granatwurzelrinde, hat W. von Schroeder *im „Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie"* (No. 18, 1884), einer genauen Untersuchung unterzogen. Dasselbe, obgleich in seiner Wirkung auf Frösche ein starkes, dem Veratrin nahestehendes Gift, wird von Warmblütern und vom Menschen viel besser vertragen. Nach Versuchen von Dujardin-Beaumetz und Rochemure, verursachen 0,5 g. (gr. VI) Vergiftungserscheinungen (Schwindel, Nebelsehen, Schwächegefühl, besonders in den unteren Extremitäten, gelegentlich Krämpfe und Zuckungen in den Wadenmuskeln, Nausea und Erbrechen); dieselben halten jedoch nie länger als zwei bis drei Stunden an.

Die Wirkung des Pelletierin auf Bandwürmer hat v. S. geprüft, indem er die *Taenia serrata* zum Experimentiren benutzte. Nach Bunge's Versuchen mit Askariden leben diese Entozöa in einer Lösung, welche 1% Kochsalz und 0·1% kohlensaures Natron enthält, mehrere Tage, sobald die Temperatur der Lösung auf 37° C. erhalten wird. Den mit T. s. behafteten Katzen wurden nun sofort nach der Tödtung die Bandwürmer entnommen und in besagte Lösung gebracht. Setzt man nun einer solchen, eine einzige Tänie enthaltenden Lösung Pelletierin im Verhältniß von 1:10,000 zu, so hören schon nach fünf Minuten die Bewegungen derselben auf. Bringt man die Tänie nun wiederum in eine unvergiftete Lösung, so fangen nach fünfzehn bis dreißig Minuten die Bewegungen wieder an sich einzustellen. Sobald die Wirkung des Pelletierin länger als zehn Minuten dauert, stellt sich keine Bewegung wieder ein.

In Bezug auf die Verabreichung des Pelletierin hält v. S. den Rath der französischen Gelehrten (D. B. und R.) für beherzigenswerth, welche zugleich mit dem schwefelsauren Salze des P. etwas Gerbsäure darreichen. Dieselbe geht mit dem Pelletierin eine schwerlösliche Verbindung ein und wird daher nicht, wie dies sonst der Fall wäre, zumeist im Magen schon resorbirt.

Friedmann gab dementsprechend alle halben Stunden 0.5 g. (1 Th.

schw. P. auf 3 Th. Gerbs.) und hatte in allen zehn von ihm behandelten Fällen Erfolg. Ein Gemenge von Pelletierin und Isopelletierin gaben mit Erfolg :

Bérenger-Féraud in 30 F. — 26 Erfolge.
Dujardin-Beaumetz in 39 F. — 37 Erfolge.
Labulbène in 19 F. — 19 Erfolge,

d. h. Abgang des Bandwurms mit dem Kopfe. (*Nach* Schmidt's *Jahrbuch* 5, 1885.)

Chirurgie.

In seinem Vortrage über Nierenexstirpation bei der Jubiläumsfeier des Berliner medicinischen Vereins, gab Prof. von Bergmann zunächst eine kurze historische Uebersicht. Darnach stellte sich die Zahl der Operationen :

im Jahre	1881,	nach Czerny,	auf....	72
" "	1883,	" Bolz,	" 121	
" August	1885,	" Gross,	" 233	
" October	1885,	" Bergmann	" ....272 (s. Tabelle).	

Die Prognose der Operation ist jedoch nicht viel besser geworden. Die Mortalität war :

nach Czerny,	44,4	Prozent.	
" Gross,	44,6	"	
Sie ist " Bergmann	42,3	"	(s. Tabelle.)

Der Vortragende bespricht hierauf seine eigenen Fälle: 3 Geschwülste (2 Todesfälle), 1 Hydronephrose (genesen) und 7 Nierenеiterungen (2 Todesfälle).

Von Bergmann schlägt vor, den schlechte Resultate gebenden Lumbalschnitt zu verlassen und an Stelle des noch schlechtere Erfolge aufweisenden üblichen Ventralschnittes einen extraperitonealen Schnitt zu machen, welcher schräg von der Spitze der elften Rippe zum äusseren Abschnitte des *Poupart*'schen Bandes geht. Derselbe ermöglicht eine schonende Ablösung des Peritoneum's und gestattet außerdem die Anlage einer hinterwärtigen Drainage, vermittelst Durchstechung der Bauchwand. Er operirte in dieser Weise erfolgreich einen Fall von Sarcom bei einer 52jährigen Frau.

Die geeignetsten Fälle sind diejenigen von Niereneiterung mit und ohne Steinbildung. Doch muß die Diagnose vorher in jeder Weise gesichert sein. Namentlich handelt es sich um genaue Feststellung in Bezug auf die Existenz und Location perinephritischer Abscesse. Die am oberen Nierenabschnitte gelegenen gleichen den von Leyden beschriebenen *subphremischen*, die am unteren gelegenen den *perityphlitischen* Abscessen. Zu dem Zwecke räth B. an, Luft in den Mastdarm und das Colon einzupumpen, um aus der Lage desselben vor der Geschwulst mit Sicherheit schließen zu können. Zeigt der *N. ileo-hypogastricus* (Genitalien) Störungen, so ist der Absceß hochgelegen, wenn der *N. ileo-inguinalis* (Oberschenkel) oder der *N. cruralis* (Knie), so ist er tiefgelegen. Schmerzanfälle, Anästhesien und Hyperästhesien werden hier den richtigen Weg zeigen. Auf der linken Seite ist die Diagnose der nahen Beziehung von Niere und Colon descendens halber — bei hartnäckiger Obstipation — oft schwer.

Zum Schlusse räth v. B. dringend, Probeïncisionen zu machen, nicht allein zur Sicherung der Diagnose, sondern auch zur Entleerung des

Eiters und Beseitigung der Symptome der Eiterung (Fieber, Schmerz, etc.). Zur Offenerhaltung und Desinficirung der oft jauchigen Wundhöhlen verwendete v. B. Iodoform-Tompons mit Erfolg.

(Nach d. "*D. med. Wochensch.*, No. 44, A.)

Tabellarische Uebersicht

aller bis jetzt veröffentlichten Fälle von Nierenexstirpation nach dem Vortrage von Prof. von Bergmann, am Tage der Feier des 25jährigen Bestehens der Berliner Medicinischen Gesellschaft am 28. October 1885.

Operations-Ursache.	Lumbal-Schnitt.	Todesfälle	Mortalitäts-Procent	Bauch-Schnitt	Todesfälle	Mortalitäts-Procent	Schnitt nicht angegeben	Todesfälle	Gesammtzahl	Todesfälle	Mortalitäts-Procent	Bemerkungen.
Einfache Pyelitis.....	40	14	35	9	7	77,7	1	1	50	22	44	In 8 F. vorherige Nephrotomie; von diesen starb später nur *ein* Fall.
Pyelitis in Folge von Nierensteinen	16	7	43,9	7	3	42,8	....	....	23	10	43,4	In 4 F. vorherige Nephrotomie; diese ertrugen später alle die Nephrectomie.
Nierentuberkulose	13	7	58,8	7	1	14,2	....	....	20	8	40	In 8 F. vorher Nephrotomie; von diesen starben später 3 F.
Hydronephrose.....	4	1	25	17	7	41,1	....	....	21	8	38	
Geschwülste, davon:	....	....	.....	..	....	.....	....	....	68	38	55,8	
Bösartige.....	11	5	45	37	14	64,8	1 (?)	1 (?)	49	20(?)	40,8(?)	Die angegebenen (Procent)-Zahlen, lassen einen Fall im Zweifel. *Ref.*
Gutartige	....	....	.....	....	....	.....	...	....	4	....	.....	
Cystische Degenerationen.	....	.. .	.....	....	...	.....	....	....	15	....	.....	
Wanderniere..	3	1	33,3	19	8	42	....	....	22	9	40,9	
									272	115	42,3	

Ueber Hydrocele multilocularis auf Grund zweier Beobachtungen schreibt Dr. C. F. Steinthal, Prof. Czerny's Assistent, in dem "*Centralblatt f. Chir.*" (No. 41, 1885).

Er ist der Ansicht, welche schon Pott ausgesprochen hat, nämlich daß die mehrfachen Hydrocelen als cystoide Lymphangiome zu betrachten sind. Die exstirpirten Cysten-Stränge, resp. Cysten-Convolute zeigten nämlich bei mikroskopischer Untersuchung in den Hohlräumen einen Belag deutlicher Endothel-Zellen und es liefen an einzelnen Stellen von diesen Hohlräumen Lymphgefäß-Stränge aus. Er ist ferner der Meinung, daß es sich dabei nicht um congenitalen, sondern um einen *intra vitam* acquirirten Zustand handelt; ein irritativer Zustand der betr. Gewebe wird, so gut wie in anderen Geweben zu einer Lymphstauung führen und damit ist der erste Anstoß zur Cystenbildung gegeben.

Der Sectio alta redet Prof. Kraske *das Wort* in einem Vortrage vor der chirurgischen Section des letzten Naturforscher- und Aerztetages.

Der hohe Steinschnitt, welcher lange Zeit perhorrescirt wurde und nur für erlaubt galt, wenn die Extraction des Steines durch eine vorher gemachte perineale Oeffnung nicht ausführbar war, ist seit etwa einem

Decennium wieder zu Ehren gekommen.[1]) Hören wir, was K. zu seinen Gunsten zu sagen hat:

Es ist nicht zu bezweifeln, dass der hohe Steinschnitt viele und grosse Vortheile hat. Ueber der Symphyse kommt man auf dem kürzesten und gradesten Weg in die Blase. Man operirt stets unter der Controle der Augen, kann jede Blutung rasch und gut stillen und die Blase soweit eröffnen, dass man den Stein mit Hülfe des Fingers und des Gesichts schnell und sicher entdecken und leicht extrahiren kann. Ein weiterer Vorzug des hohen Steinschnittes ist der, dass durch denselben jedenfalls keine Incontinenz und keine Impotenz veranlasst werden kann. Die Gefahr der Operation ist gegen früher wesentlich verringert. Man kann bei dem Schnitt über der Symphyse antiseptische Maassnahmen in vollkommenerer Weise durchführen, als bei den perinealen Methoden, und was die früher bei der Epicystotomie so gefürchtete Bauchfellverletzung betrifft, so haben wir es gelernt, eine Eröffnung der Peritonealhöhle bei der Sectio alta fast mit absoluter Sicherheit zu vermeiden. Bekanntlich haben die werthvollen Untersuchungen von Braune und Garson, Petersen und Fehleisen gezeigt, dass durch eine zweckmässige Anfüllung des Mastdarms und der Blase die prävesicale Bauchfellfalte so stark in die Höhe gebracht wird, dass man ohne Schwierigkeit und in genügender Ausdehnung die Blase in ihrem extraperitonealen Theil über die Symphyse eröffnen kann.

Nachdem K. hierauf die Vortheile des Medianschnittes angeführt und genügend gewürdigt hat, wendet er sich gegen das letzte Argument der Befürworter desselben im Gegensatze zur Sectio alta, nämlich dasjenige, "daß im schlimmsten Falle, wenn ein zu großer Stein nicht gefaßt oder wegen zu großer Härte nicht zertrümmert werden könne, immer noch die Möglichkeit übrig bleibe, der Boutonnière den hohen Steinschnitt hinzuzufügen."

Im Anschluss an einen von Howe auf dem "*Int. Med. Congress*" in Kopenhagen berichteten Fall[2]) entgegnet nun K. Folgendes:

Wenn nach einem Perinealschnitt die Sectio alta ausgeführt werden soll, so ist die Gefahr, dass dabei das Bauchfell geöffnet wird ungeheuer gross; jedenfalls ist eine extraperitoneale Eröffnung der Blase nicht ohne ausgedehnte Ablösung und Zerreissung des prävesicalen Zellgewebes möglich.

Weil eben eine Füllung der Blase durch Injection von Flüssigkeit nicht möglich ist, so steht dann die prävesicale Bauchfellfalte nicht nur *nicht* über der Symphyse, sonder sinkt sogar unter den oberen Rand derselben herab.

Dieser unter Umständen höchst gefährliche Nachtheil der S. a. nach dem Perinealschnitte wird nun von K. durch den genauen Bericht eines einschlägigen Falles sehr klar demonstrirt. Es handelte sich um einen 20jährigen Mann, der schon von Kindheit auf an Beschwerden beim Wasserlassen gelitten hatte. Die Operation wurde am 27. März 1884 ausgeführt. Da die Größe des Steines durch bimanuelle Untersuchung in der Narcose auf die eines Hühnereies geschätzt wurde, so wurde von K. der Medianschnitt ausgeführt, dem die perineale Zertrümmerung folgen sollte. Die weiteren Einzelnheiten sind an dieser Stelle nicht von Wichtigkeit. Genug, daß die Erfassung resp. Dislocirung des Steines vom Perineum aus sich als unausführbar ergab und zur Sectio alta geschritten werden mußte, nach über eine halbe Stunde lang fortgesetzten fruchtlosen Bemühungen.

---

[1]) Das Verdienst, die Vortheile der S. a. zuerst wieder gebührend den Aerzten — wenigstens denen Amerika's — eindringlich gemacht zu haben, gebührt Dr. C. W. Dulles, unserem Philadelphiaer Correspondenten, welcher dies in einer Reihe von Artikeln im "*Journal of the Medical Sciences*" Ende der Siebziger Jahre that.

[2]) H. konnte bei einem 16jähr. Knaben einen grossen Stein durch den Perinealschnitt nicht entfernen und musste die S. a. hinzuführen. Trotzdem dabei das Peritoneum so weit eröffnet wurde, dass ein reichlicher Vorfall von Därmen eintrat, genass der Patient.

Ein etwa 10 Cm. langer Schnitt in der Linea alba durchtrennte die Bauchdecken. Allein von der Blase war auch dann noch nichts zu entdecken, als die Muskeln (Mm. recti und pyramidales) an der Symphyse auf beiden Seiten quer eingeschnitten waren. Ueberall lag das Peritoneum vor.

Nun wurde versucht, mit dem durch die perineale Wunde eingeführten Finger und der geschlossenen Zange die Blase resp. die vordere Bauchfellfalte nach oben zu schieben. Der Finger erwies sich als viel zu kurz, die Zange brachte zwar den Scheitel der Blase in die Höhe, so dass man von der Wunde über der Symphyse das geschlossene Zangenende durch die Theile durchfühlen konnte; allein auf den Stand der prävesicalen Bauchfellfalte hatte dieses Manöver so gut wie gar keinen Einfluss, und da zu befürchten war, dass man eher die Blase durchstossen als den extraperitonealen Theil ihrer vorderen Wand ins Operationsfeld bringen würde, so wurde es als nutzlos aufgegeben. Erst nachdem der Kranke in eine Lage mit stark erhöhtem Steiss gebracht war, gelang es, sich mit den Fingern in das lockere Zellgewebe zwischen Symphyse und Blase hineinzuarbeiten und sich die vom Peritoneum nicht überzogene Blasenwand zu Gesicht zu bringen. Dieselbe wurde sodann, indem ein Assistent das Peritoneum und die Därme, die ohnehin schon in Folge der Lagerung des Kranken zurückgesunken waren, mit seinen Fingern deckte, durch zwei scharfe einzinkige Häkchen gefasst, nach oben gezogen und zwischen den Häckchen quer incidirt. Nun wurden breitere Wundhaken in die Incisionswunde eingesetzt, und es war dann leicht die Oeffnung in der Blase nach beiden Seiten hin zu vergrössern. Freilich fiel, weil die Blase contrahirt war und die Anspannung der Wundränder durch die Haken nicht gleichmässig erfolgen konnte, der Schnitt ziemlich unregelmässig aus. Der Stein präsentirte sich sofort in der Wunde. Bei einem Versuche, ihn mit der Zange zu fassen, zerbrach er in drei Stücke, von denen zwei mit der Zange, das dritte mit einem löffelartigem Instrumente ohne Schwierigkeiten nach aussen befördert werden konnte. —

Um nun ausfindig zu machen, inwiefern diesem Uebelstande abgeholfen werden könne, stellte K. Versuche an der Leiche an. Er fand nun, dass die Einführung eines Gummiballon's in die Blase, welcher durch ein mit demselben verbundenes Ansatzrohr (mit Verschlusshahn) aufgeblasen werden kann, und bei gleichzeitiger Anfüllung des Rectums, beim Aufblasen des Ballons die prävesicale Falte so weit über die Symphyse aufsteigt, daß ein für die Ausführung des hohen Schnittes hinreichender bauchfellfreier Raum der Blasenwand zum Vorscheine kommt. K. fügt jedoch gleich hinzu, dass er sich bemühen wird, nicht wieder in eine derartige Situation zu kommen, sondern, wenn er nicht ganz sicher ist, daß er den Stein durch den Perinealschnitt entfernen kann, wird er der Einfachheit halber von vornherein die Sectio alta ausführen und im Nothfalle nachher einen Perinealschnitt nur als Drainage anlegen, wenn es sich um eine schwere Cystitis mit jauchigem Urin handelt.

K. fügt noch hinzu, daß er in solchen Fällen auch dieselbe Wundbehandlung anwenden würde, wie in dem oben beschriebenen Falle. Erschloß nämlich die (etwas zackige) Blasenwunde mit einer doppelreihigen Catgutnaht, welche die Blasen-Schleimhaut nicht mitfaßte. Die Bauchdeckenwunde wurde nicht genäht, sondern mit einem Iodoformgazetampon locker ausgefüllt. Die durch den hohen Schnitt verursachte Wunde heilte binnen drei Wochen und nur einmal (am achten Tage) entleerten sich aus ihr wenige Tropfen Urin.

Das Schlußwort dieser höchst interessanten Arbeit kennzeichnet den Standpunkt des Verfassers, welcher sich möglichst unparteiisch zu sein bemüht, in bester Weise und darf deshalb hier nicht fehlen :

M. H. Die Mittheilungen, die ich mir Ihnen zu machen erlaubt habe, beanspruchen selbstverständlich nicht die Steinschnittfrage zu lösen. Was ich bezweckt habe, war lediglich, einige Punkte hervorzuheben, die bisher nicht beachtet worden sind und wohl verdienen, bei einer späteren Discussion über die Frage in Betracht gezogen zu werden. Bevor eine definitive Erledigung derselben erfolgen kann müssen die Erfahrungen, namentlich über den hohen Steinschnitt, noch viel aus,

gedehntere sein, als es zur Zeit der Fall ist. Die Meinungen stehen sich vor der Hand viel zu schroff gegenüber, als dass jetzt eine Einigung möglich wäre. Sie wird voraussichtlich erst dann erfolgen, wenn beide Parteien ihren extremen Standpunkt verlassen und sich entgegenkommen. Meiner persönlichen Ansicht nach wenigstens geht die Begeisterung für den hohen Steinschnitt, welche augenblicklich herrscht, entschieden zu weit. Auch wenn die Resultate noch viel besser sein werden, als sie jetzt schon sind, wird die Sectio alta nicht im Stande sein, die so einfache, leicht und sauber auszuführende und, wenigstens in den nicht complicirten Fällen, absolut ungefährliche und rasch zur Heilung führende Methode des Medianschnittes vollständig zu verdrängen. Auf der anderen Seite sind aber meiner Ueberzeugung nach auch diejenigen nicht im Recht, die unter allen Umständen, und sei es nur versuchsweise, den Medianschnitt ausgeführt wissen wollen. Für eine Anzahl Fälle verdient der hohe Schnitt von vornherein, und nicht blos als ultimum refugium, gewählt zu werden. Unsere zukünftige Aufgabe dürfte weniger darin bestehen, neue Vorzüge zum Ruhme einer bestimmten Methode hervorzuheben, als vielmehr darin, genauer, als das bis jetzt der Fall ist, die Indicationen festzustellen, welche für die Wahl des einen oder anderen Verfahrens massgebend sein müssen.

Jodol, ein neues Antisepticum. Dieses, von Dr. Ciamician und Dr. Silber hergestellte Präparat, ist ein gelbes oder graubraunes krystallinisches Pulver, welches dem Assistenten am K. chir. Institut zu Rom, Dr. Mazzoni zur praktischen Prüfung übermittelt wurde.

M. berichtet nun darüber in der "Berl. Klin. Wochenschr." (No. 43. 1885), da er das Jodol für die verschiedensten chirurgischen Krankheiten angewendet hat. Die Erfolge, welche mit Jodolverbänden erzielt wurden, sind zum Theil überraschende, fast in allen Fällen zufriedenstellende. Es seien nur als besonders günstig durch denselben beeinflußt genannt:

Schanker, Adenitis und Periadenitis venerischen Ursprungs.

Namentlich die Heilung von indolenten Bubonen, welche oft so sehr lange Zeit in Anspruch nimmt, gelang nach etwa sechsmaliger Einspritzung einer Lösung (1 g. Jodol auf 16 g. Alcohol und 34 g. Glycerin) mit Hülfe einer Pravaz'schen Spritze. Die Quantität variirte je nach der Grösse der Höhlung, welche zuvor durch einen Einstich mit einem Tenotom ihres Eiter's entleert wurde.

Atonische und übelriechende Geschwüre. Der üble Geruch verschwindet und gesunde Granulation tritt ein nach ein- oder zweimaliger Bestreuung mit Jodol und Bedeckung mit Lister'schem "*Silkprotective.*"

Chronische fungöse Gelenkserkrankungen. Durch Injection von 2 g. bis 3 g. der erwähnten Jodollösung in die Fistelgänge, welche die Sonde als mit blutenden, schmerzhaften fungösen Massen erfüllt erweist, wurde zwar erst eine leichte reactive Entzündung des Gelenkes und seiner Umgebung erzeugt; doch nahmen die Secrete einen gesünderen Character an und wenn sie auch anfangs etwas reichlicher waren, so nahmen sie doch bald ab. Die fungösen Massen wurden durch resistentes narbenähnliches Gewebe ersetzt und war z. B. nach 10 Injectionen während eines Monates eine, seit 18 Monaten andauernde Sprungbeingelenks-Caries bei einem jungen Mädchen geheilt und die Patientin in vorzüglichem Zustande.

Nur bei gangränösen Geschwüren versagte das Jodol, dem aber M., gestützt auf seine Versuche, welche die werthvollen aseptischen und antiseptischen Eigenschaften desselben für ihn unbestreitbar gemacht haben, eine grosse Zukunft für dessen Anwendung in der chirurgischen Praxis prophezeiht.

Die Zerstörung der Blutscheiben durch Sublimat und Carbol untersuchte Prof. Ehrlich.

Er fand, daß selbst schwache Sublimatlösungen eine hochgradig zerstörende Wirkung auf die Blutkörperchen ausüben. Noch bei Einwirkung einer Lösung von 1 : 30,000 wurden sie schon während des Mischens völlig aufgelöst und noch bei 1 : 90,000 trat diese Lösung am 3. Tage ein.

Dagegen entfalteten schwache Carbollösungen 38 : 10,000 erst am 3. Tage dieselbe Wirkung; ganz schwache Lösung 2 : 10,000 schien sogar den Zerfall aufzuhalten.

(„*Ctrlbl. f. Chirurgie*" nach „*Charité-Annalen*" 10.)

Hydronaphthol, ein neues Antisepticum wird von Dr. Geo. B. Fowler (Brooklyn) im "N. Y. Med. Journal" und von Dr. R. J. Levis[1]) (Philadelphia), wegen folgender Vorzüge empfohlen:

Es hat (als Kohlentheer-Derivat) alle antiseptischen Eigenschaften des Carbols, ohne dessen toxische Wirkung auf das Centralnervensystem; ist in weit schwächerer Lösung (1 : 1000) mindestens ebenso wirksam, wie die üblichen Carbollösungen und kann auch als Streupulver zu Verbänden benutzt werden, und zwar durch Verreiben mit der 50fachen Menge von Zink-Oxyd.

E. C. Spitzka. — Vorläufige Mittheilung über einige durch die Atrophie-Methode erzielte Resultate. Neurologisches Centralblatt, 1. Juni 1885, S. 246.

Diese Schrift enthält eine Veröffentlichung der ersten Resultate, welche diesseits des Oceans durch Befolgung der bekannten Gudden'schen Methode gewonnen sind, nämlich die Beschreibung der Atrophieen jener Faserstraßen, die mit dem linken Thalamus und der zugehörigen Großhirnhemisphäre zusammenhängen.

Als neu sind folgende Einzelbeobachtungen anzusehen:

1. Der Burdach'sche Kern (*nucleus fun. cuneat.*) erleidet eine bedeutendere Einbuße als der Goll'sche (*nucl. funic. gracilis*);

2. trotz vollständigen Hemisphärenausfalls bleibt ein Fünftel der sogenannten Rindenschleife (v. Monakow's) erhalten;

3. Das hintere Längsbündel hängt an seinem Ursprung mit dem Corpus bigeminum anterius zusammen;

4. der laterale Theil der Schleife ist wenig oder gar nicht afficirt;

5. die Commissura posterior ist zur Hälfte erhalten, und erweist sich als die Kreuzung der Thalamusfasern, als welche Meynert sie auffaßte; es ist deshalb auf der Seite des Hemisphärendefectes eine Faserstraße dicht neben der Raphe und ventral vom hinteren Längsbündel vorhanden, welche die gekreuzte Fortsetzung des in jener Commissur vertretenen Thalamusbündels darstellt;

6. dagegen fehlte auf der defecten Seite ein ungekreuztes Thalamusbündel, welches lateral und dorsal im reticulären Felde gelegen ist.

Die interessanten, die Oculomotoriuskerne betreffenden Befunde v. Gudden's werden in vollstem Maße bestätigt. Spitzka findet nämlich, daß bei der Katze, wie bei den von Gudden operirten Kaninchen, jeder

---

[1]) In einem Referate vor der „*Phil. Acad. of Surgery,*" welches in der „*Phil. Med. Times*" (No. 469) abgedruckt ist.

Oculomotorius mit den *beiderseitigen* Kernen zusammenhängt, also einen gekreuzten und ungekreuzten Ursprung vom Centralhöhlengrau besitzt.

Zum Schlusse warnt der Verfasser davor, aus der *Richtung* einer sogenannten Ausfallsdegeneration *allein* die Functionen gewisser Faserstraßen erklären zu wollen; auch erwähnt er zur Bekräftigung dieser Warnung, daß, während MENDEL in einem ausgezeichneten Falle eine absteigende Atrophie des Bindearms und Rothen Kernes beim Menschen beobachtete, dieselben Gebilde bei seiner operirten Katze auf beiden Seiten das normale Verhalten zeigten.

R. M.

Das 25jährige Jubiläum der Berliner Medicinischen Gesellschaft.

Die Berliner Medicinische Gesellschaft, eine Körperschaft, welche sich eine bleibende Stellung in der Geschichte der Wissenschaft erobert hat, und deren Bedeutung und Einfluß auf die Heilkunst eher im Steigen als im Abnehmen begriffen ist, feierte am 28. October den 25. Jahrestag ihrer ersten Sitzung, welche am 31. October 1860 stattfand.

Die Versammlung, welcher eine ganze Anzahl jener Männer beiwohnte, deren Namen einen guten Klang in der ganzen medizinischen Welt haben, wurde vom Vorsitzenden, PROF. DR. VIRCHOW mit einer Ansprache eröffnet, welche so manches goldenes Wort enthielt.

Wir entnehmen unserer unternehmenden Berliner Collegin, der „*Deutschen Medizinischen Wochenschrift*," welche zur Feier des Ereignisses die Ausgabe einer besonderen Festnummer veranstaltet hat, einige Stellen der VIRCHOW'schen Rede, die ihrer allgemeinen Bedeutung halber von Wichtigkeit sind. VIRCHOW betont in den kräftigsten Worten den Umstand,

„dass keine Specialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesammtkörper der Wissenschaft, dass keine Specialität fruchtbar und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer wieder von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Specialitäten, wenn sie alle sich nicht gegenseitig helfen und dadurch wenigstens, was sie für die Praxis vielleicht nicht immer nöthig hätten, doch für das Wissen jene Einheit erhalten, auf der unsere Stellung nach innen und — ich kann auch wohl sagen — nach aussen beruht. Denn es wäre gewiss die thörichste und gefährlichste Entwickelung, wenn das Specialitätenwesen jemals soweit käme, dass besondere Schulen entständen, in denen Specialitäten erzogen würden ohne Kenntniss dessen, was sonst die Medizin bietet."

Nachdem er darauf hingewiesen, daß gerade die Jubilar-Gesellschaft die Vereinigung des gesammten medizinischen Wissens und die gegenseitige Mittheilung des Wissenswerthen und des Anschlusses aller einzelnen Abtheilungen und Zweige der Wissenschaft sich zur obersten Aufgabe gestellt und diese Aufgabe mit ernster Pflichttreue erfüllt hat, fährt er fort:

„Manche haben uns den Vorwarf gemacht, dass wir dem Chirurgen und dem Ophthalmologen gerade so gut das Wort geben, wie dem inneren Kliniker oder dem Laryngologen. Ja, m. H., das ist eben unser Stolz, unser besonderer Vorzug; das ist etwas, was ich hoffe, dass es dieser Gesellschaft nie verloren gehen soll, und wenn ich irgend einen Wunsch für die kommende Zeit aussprechen darf, so ist es dieser: dass niemals das Gefühl in der Gesellschaft aufhören möge, das sie sein soll eine Repräsentantin der ganzen, einigen Wissenschaft!"

Nach einer kurzen Verwahrung gegen ein etwaiges Mißverstandenwerden, als ob er sich damit gegen Specialgesellschaften überhaupt ausgesprochen, schildert VIRCHOW die Rolle, welche die Gesellschaft in der

deutschen Medizinalgesetzgebung gespielt hat. Der interessanteste Passus ist jedoch derjenige, welcher sich auf amerikanische Verhältnisse bezieht und zwar selbstverständlich auf die, durch die von New York ausgehende Befürwortung des sogen. „*New Code of Ethics*" hervorgerufene Spaltung in der „*American Medical Association.*"

Indem er die in Deutschland einst brennende Frage: Freizügigkeit oder staatliche Controlle auf hiesige Verhältnisse überträgt, sagt Virchow Folgendes:

„Wohin die Auseinanderlösung der beiden Richtungen führt, dafür haben wir im Augenblicke ein klägliches Beispiel in Amerika. Sie wissen, Ihre Delegirten bei dem internationalen Congress in Kopenhagen waren im vorigen Jahre beauftragt, den Congress für die nächste Session nach Berlin einzuladen. Wir sind damals geschlagen worden — leider, muss ich sagen, unter Mitwirkung unserer eignen deutschen Collegen — zu Gunsten der Amerikaner. Der Congress hat beschlossen, nach Amerika zu gehen. Was ist daraus hervorgegangen? Eine Situation, welche in diesem Augenblick es vollkommen zweifelhaft erscheinen lässt, ob überhaupt der internationale Congress in Amerika möglich sein wird. Während diejenigen Gesellschaften, welche, einigermaassen vergleichbar der unserigen, die Wissenschaft als ihren Schild und ihre Hülfe betrachten, — während diese es versucht haben, eine Organisation zu schaffen, bei der die hervorragenden Träger der amerikanischen Medizin auch zugleich als die Repräsentanten des künftigen Congresses erschienen, hat sich die American Medical Association, eine grosse Vereinigung der practischen Aerzte, welche über das ganze Land geht, der Sache bemächtigt und dieselbe derart in Confusion gebracht, dass, wie ich aus mündlichen und schriftlichen Quellen weiss, im Augenblick Niemand einen Rath weiss. Und worin culminirt diese Schwierigkeit? Darin, dass die American Medical Association einen sogenannten Code of Ethics aufgestellt hat, und dass in diesem Codex der ärztlichen Ethik der Zutritt zu der Association in einer so breiten Weise geöffnet worden ist, dass allen möglichen zweifelhaften Persönlichkeiten der Zugang freisteht. So ist man dahin gekommen, dass man an Stelle bedeutender Persönlichkeiten Mittelmässigkeiten in den Vordergrund gebracht hat, und dass diese, wenn es sich um den Codex handelt, mehr nach formalistischen als nach inneren Gründen entscheiden. —

„Ja, meine Herren! ich darf wohl sagen, wir sind stolz darauf, dass wir vermöge unserer Organisation, vermöge der Sorgfalt, mit der wir unsere neu aufzunehmenden Mitglieder ansehen, uns bewahrt haben vor der Nothwendigkeit, überhaupt einen Codex of Ethics zu machen. Den soll jeder gute practische Arzt in seinem eignen Busen tragen, und wenn er äusserlich darüber hinausgreift, dann soll er eben durch das Beispiel und durch den Zuspruch der Collegen gehalten werden. Das ist unsere Auffassung gewesen, so haben wir die Association angesehen, so sehen wir die grossen Vereinigungen der Aerzte an. Bei uns hat sich in der That kein Bedürfniss herausgestellt, noch besondere Ehrenräthe aufzustellen oder irgend welche besonderen Schutzmassregeln zu erfinden, um uns vor unehrenhaften Mitgliedern zu bewahren. Unser Code of Ethics ist ohne äussere Mittel ein fester Codex geworden, und an uns ist es, ihn immer fester und fester zu machen. Dann, meine Herren! wird es auch sicher sein, dass wir den Staat und das Reich nicht gebrauchen und dass wir als freie Männer und Vertreter nicht blos eines Gewerbes, wie das Gesetz es bezeichnet, sondern einer freien Kunst, zu der wir das Gewerbe erheben, unsern Weg durchs Leben finden werden."

Wir behalten uns vor, an anderer Stelle unsere Ansicht über diese Auffassung der Codex-Frage darzulegen.

Zum Schlusse berührt Virchow noch die Frage der Gründung einer Akademie der Medizin und hier ist es, wo ihm das stolze Wort entschlüpft:

„.....Es fehlt uns eine Academie der Medizin. Sie fehlt uns, meine Herren, aber ich weiss nicht, ob wir ein Interesse daran hätten, sie zu schaffen. Wir schaffen sie aus uns, wir repräsentiren ungefähr das, was anderswo eine Academie repräsentirt, ohne jene exclusiven Verhältnisse, ohne jene Sichtung der Persönlichkeiten, ohne jene oft sehr misslichen Wahlen für die wenigen Stellen, durch welche die Verhandlungen in manchen dieser Akademien nicht selten zu so wenig tröstlichen werden."

Den letzten Sätzen der Virchow'schen Rede ist noch zu entnehmen, daß die Gesellschaft mit dem Plane umgeht, sich ein eigenes Heim zu gründen und daß Dr. Eulenburg derselben eine namhafte Summe (10,000 Mark) zum Geschenke gemacht, um als Grundstock für die künftige Erwerbung eines Hauses zu dienen.

Hierauf erhielt Prof. Dr. B. Fraenkel das Wort zu einem Vortrage über die Geschichte der Gesellschaft. Wir entnehmen demselben, daß die Berl. med. Ges. entstand aus der Verschmelzung der (Virchow'schen) Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und dem (v. Graefe'schen) Verein Berl. Aerzte. Die erste gemeinschaftliche Sitzung — nach freiwilliger Auflösung der beiden anderen Vereine wurde am 30. Oclober 1860 abgehalten. Langenbeck präsidirte und es unterschrieben 204[1]) Aerzte die neuen Statuten und wurden Mitglieder. In der nächsten Sitzung wurde v. Graefe zum ersten Vorsitzenden erwählt, da Virchow die Nomination ablehnte. Nach dem Tode des Ersteren (1871) wurde v. Langenbeck Präsident und als dieser nach Wiesbaden übersiedelte (1882) wählte die Gesellschaft Virchow, welcher dies Amt noch heute inne hat.

Nur drei Mitglieder wurden zu Ehrenmitgliedern gewählt:

Romberg,
v. Langenbeck und
Virchow.

Bei seinem Rücktritte wurde der große Chirurg zum Ehrenpräsidenten gewählt, eine Auszeichnung, die um so werthvoller ist, weil eben die Gesellschaft mit der Verleihung der ihr zu Gebote stehenden Ehrenbezeugungen sehr sparsam ist.

Die Anzahl der in der Gesellschaft gehaltenen Vorträge beläuft sich auf mehr als tausend. Das wäre die Zahl, was aber den Inhalt anbelangt, so sagt Dr. Fraenkel mit Recht:

„Es würde ein vergebliches Bemühen sein, wollte ich den Versuch machen, in der mir zustehenden Zeit auf den Inhalt der wissenschaftlichen Mittheilungen einzugehen, die in den 25 Jahren die Gesellschaft beschäftigt haben. Wer dies thun wollte, müsste eine Geschichte der Medicin während dieser Zeit schreiben. Denn alle irgendwie wichtigeren Fragen, die im Verlaufe des vergangenen Vierteljahrhunderts die Aerzte beschäftigt haben, sind auch in dieser Gesellschaft zur Sprache gekommen und zum Theil in ausführlicher Weise discutirt worden. Häufig haben wir dabei das Glück gehabt, dass die Entdecker neuer Thatsachen oder neuer Gesetze, dass die berufensten Träger der betreffenden Fragen dem lauschenden Ohre der Mitglieder dieser Gesellschaft von ihren Funden die erste Kunde gaben. Wer aber nur oberflächlich unsere Verhandlungen durchblättert, muss von der geistigen Productionskraft unserer Vaterstadt auf medizinischem Gebiet eine hohe Vorstellung bekommen."

Es wäre überflüssig über die Bedeutung Berlins als eines der, wenn nicht des bedeutendsten Centrums der medizinischen Welt noch mehr zu sagen. Nicht nur jeder deutsche Arzt, er weile auch noch so fern vom heimischen Gestade, sondern die Mediziner aller Nationen blicken nach der Metropole Deutschlands als dem geistigen Mekka unserer hehren Kunst. Und gewiß werden alle freudig in den Ruf einstimmen, mit welchem Dr. Fraenkel seinen Vortrag schloß:

„*Die Berliner medizinische Gesellschaft: „Vivat, Floreat, Crescat!"*

[1]) Die Zahl der Mitglieder beträgt gegenwärtig etwa 580.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Regelmäßige Sitzung vom 7. December 1885.

Nach einigen Mittheilungen Seitens des Präsidenten, Dr. C. Heitzmann, bat Dr. F. Lange um's Wort, um einen Patienten vorzustellen, an welchem er vor neun Wochen die Resection des Ellbogengelenkes vorgenommen hatte. Zugleich legte er die resecirten Gelenkenden vor, welche der Sitz einer Caries gewesen waren. Das Resultat war ein den Operateur zufriedenstellendes gewesen und konnte Patient, bei Anlegung des von Lange modifizirten Bidder'schen Apparates (eine volle Lederschiene mit das Gelenk stützenden Stahlbügeln), fast alle Bewegungen ausführen, einen Stuhl durch Flexion des Unterarmes heben etc. Dr. Lange erbat sich dann die Erlaubniß, seinen für diesen Abend angekündigten Vortrag über: „Antiseptische Chirurgie in der Privatpraxis" in einer späteren Sitzung halten zu dürfen.

Hierauf wurde zur Executivsitzung geschritten. Die Beamtenwahl ergab die Erwählung der folgenden Herren:

Präsident: Dr. C. Heitzmann.
Vice-Präsident: Dr. L. Weber.
Corr. Secr.: Dr. H. J. Garrigues.
Protocoll. Secr.: Dr. Willy Meyer.
Stellvertretender Prot. Sec.: Dr. G. Pintér.
Schatzmeister: Dr. A. Krog.

Als Mitglieder des Revisionscomité's and Verwaltungsausschusses wurden erwählt:

Dr. B. Scharlau,
Dr. C. Nicolai,
Dr. P. H. Kretzschmar,
Dr. L. Spannhake, and
Dr. O. Huebner.

Nach Abstimmung über elf vorgeschlagene Candidaten, erhielt der neuerwählte Secretär, Dr. H. J. Garrigues das Wort and hielt seinen Vortrag: „Ueber puerperale Diphtheritis."

Nach kurzer Debatte Vertagung.

Personalia.

Prof. C. Gerhardt hat am 1. October die Leitung der bisher Leyden'schen Klinik übernommen, während die Direction der Frerich'schen am selben Tage in die Prof. Leyden's überging.

Dr. Samelson (Köln), ein tüchtiger Augenarzt, hat den von Prof. Welz gestifteten Græfe-Preis erhalten für seine Arbeit über „*Retrobulbäre Neuritis,*" als der besten in den letzten drei Jahren im „Græfe's *Archiv für Ophthalmologie*" veröffentlichten.

Der in München vor Kurzem an einem acuten Herzleiden verstorbene Dr. Schweninger war ein Bruder des be—rühmten Professors von Bismarck's Gnaden.

Prof. Langenbeck ist an einem Augenleiden erkrankt, welches eine Operation erforderlich macht.

Prof. Helferich (früher in München) jetzt in Greifswald, wurde am 16. October durch Prof. Mosler in seine neue Stellung als Director der chirurgischen Abtheilung des dortigen Universitäts-Krankenhauses eingeführt.

Zum Director der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt ist Dr. Moritz Gauster ernannt worden.

In der Wiener allgemeinen Poliklinik wurden Dr. J. Grünfeld und Dr. A. Jarisch zu Abtheilungsvorständen erwählt; ersterer lehrt Endoskopie, letzterer Dermatologie und Syphilologie.

Zwei Münchener Privatdocenten, Dr. R. Emmerich und Dr. H. Buchner, sind behufs Beendigung der Untersuchungen über Choleraätiologie nach Palermo abgesandt worden.

Prof. Leube (Erlangen) wurde nach Würzburg berufen, um Gerhardt's Stelle einzunehmen.

Auf Vorschlag von Prof. Ludwig (Leipzig) hat Dr. M. Löwit, bisher Privatdozent und Assistent am pathologischen Institute der deutschen Universität in Prag einen Ruf als Professor für experimentelle Pathologie an der Universität zu Santiago (Chile)— unter glänzenden äusseren Bedingungen — erhalten.

Am 19. October hielt der Nachfolger Prof. von Jäger's, Prof. Fuchs, bisher in Lüttich, seine Antrittsvorlesung.

Drei tüchtige Wiener Privatdozenten sind zu Professoren ernannt worden:

Dr. V. Urbantschitsch, Otiatrik;
Dr. L. Oser, prakt. Medizin, und
Dr. A. R. v. Reuss, Ophthalmologie.

Das Wiener Professorencollegium beschloss, die Ernennung des Dr. Weichselbaum zum a. o. Professor der pathologischen Anatomie mit dem besonderen Auftrage, Vorlesungen über pathologische Histologie zu halten, zu beantragen.

In den nächsten Ausgaben der "N. Y. Med. Presse" werden u. A. folgende Originalartikel erscheinen:

Zur Diagnose der Ovarialtumoren von Dr. C. A. von Ramdohr — New York;

Zur Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Blennorrhea Neonatorum von Dr. M. Landesberg — New York;

Retroversio Uteri als Ursache von Melancholie von Dr. H. J. Boldt — New York;

Eine Serie von Artikeln über: *Elektro-Medicinische Apparate und Methoden* von Dr. Ernst Tiegel;

Die klinischen Unterscheidungsmerkmale zwischen den Erschöpfungs-Ataxien und der wahren Tabes von Dr. E. C. Spitzka — New York;

Eine Kritik der Untersuchungs-Methoden von Dr. J. H. Tyndale — New York;

Ein Fall von Gallenblasencyste (*Hydrops cystae felleae*) von Dr. I. Morvay Rottenberg — New York;

Ein Fall von allgemeinem Emphysem mit tödtlichem Ausgange, durch Pertussis hervorgerufen von Dr. Geo. W. Rachel — New York.

Von anderen Herren, welche Beiträge zugesagt haben, seien noch genannt:

Dr. A. Jacobi, — New York.
Dr. L. Engelmann, — St. Louis, Mo.
Dr. A. G. Gerster, — New York.
Dr. F. Forchheimer, — Cincinnati, O.
Dr. J. Schmidt, — New York.
Dr. P. H. Kretzschmar — Brooklyn, N. Y.
Dr. E. J. Ill, — Newark, N. J.
Dr. A. F. Buechler, New York.
Dr. R. Mollenhauer, New York.

In unserer nächsten Ausgabe werden wir den geehrten Collegen bereits einige Originalcorrespondenzen aus Europa vorlegen können. Jedenfalls wird dafür gesorgt sein, daß die „N. Y. Medizinische Presse" monatlich Berichte von tüchtigen Fachschriftstellern drüben erhält.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. I. New York, den 15. Januar 1886. No. 2.

Zur Diagnose der Ovarial-Tumoren.

Von Dr. C. A. von Ramdohr, *Frauenarzt an der Deutschen Poliklinik*, etc.

I. Im September 1885 wurde ich zu der 28*jährigen A. E.* gerufen und fand dieselbe an Pelvi-Peritonitis leidend. Ausserdem waren beide Lungenspitzen tuberkulös infiltrirt. Die Anamnese ergiebt, dass die seit fünf Jahren verheirathete Patientin, eine erst vor 6 Monaten nach New York gekommene Deutsche, in den ersten beiden Jahren ihres Ehelebens je ein Kind normal geboren und niemals abortirt hat. Im September 1883 hat sich Patientin durch einen Fall einen Knöchelbruch zugezogen und hat während der Zeit ihrer Reconvalescenz eine „Unterleibsentzündung" durchgemacht, welche sie 3 Wochen an's Bett fesselte und für deren Entstehung keine augenscheinliche Ursache zu entdecken war. Seit jener Zeit hat sie Unterleibsbeschwerden gehabt und ist ab und zu unter ärztlicher Behandlung gewesen. Sie ist zum ersten Male mit 17 Jahren menstruirt, hat ihre Periode alle 4 Wochen, wobei der reichliche Blutverlust in letzter Zeit acht Tage lang angehalten hat und wobei sie hauptsächlich am zweiten Tage durch starke Leibschmerzen belästigt wird. Leukorrhoea, Blasen- oder Darmbeschwerden sind nicht vorhanden gewesen.

Ursachliches Moment ist auch für diese Peritonitis nicht zu eruiren. Erst nach zweiwöchentlicher Behandlung war die Sensibilität so weit gewichen, dass eine gründliche bimanuelle Untersuchung möglich wurde. Der Uterus war normal; ein apfelgrosser und apfelförmiger, fluctuirender, nach rechts ziemlich beweglicher Tumor wurde im Douglas vorgefunden, der als Cystovarium unschwer zu erkennen war.

Ganz kürzlich hatte ich Gelegenheit, Patientin, deren Lungenleiden Fortschritte gemacht hatte, wiederum zu sehen.

Eine Untersuchung ergab, dass der Tumor ungefähr zur doppelten Grösse angewachsen war und mehr nach rechts hinüberlag. Ein von einer Hebamme inzwischen eingelegtes Hodge's Pessarium hält denselben theilweise aus dem Douglas und ermöglicht ihr, ihre häuslichen Arbeiten zu verrichten.

II. Im November 1884 sah ich die 30*jährige Deutsche B.*, seit 10 Jahren in New York ansässig, an einer bereits eine Woche bestehenden allgemeinen Peritonitis leidend, als deren Grund sie Erkältung angiebt. Patientin, eine magere, grosse Frau, giebt an, früher immer gesund gewesen zu sein bis auf eine Schwere im Schooss. Sie ist seit 7 Jahren verheirathet, ist während dieser Zeit zweimal normal von ausgetragenen Kindern entbunden worden und hat zweimal im dritten Monat abortirt, das letzte Mal vor ungefähr 4 Monaten.

Zum ersten Male mit 16 Jahren menstruirt, hat sie die letzten 2 Jahre alle 4 Wochen ihre Regel gehabt, bei welcher während 8 Tagen das Blut reichlich, aber ohne Schmerzen abgegangen ist. Leukorrhoe und

Stuhlverstopfung sind vorhanden gewesen, aber keine Blasenbeschwerden.

Sobald der Meteorismus respective die Schmerzen es erlaubten, das Abdomen gründlich zu palpiren, fand sich auf der linken Seite eine bis zur Höhe des Nabels reichende Geschwulst vor, von deren Existenz Patientin bisher absolut keine Ahnung gehabt hatte. Eine spätere Vaginal- und bimanuelle Untersuchung ergab den Tumor als eine bewegliche Ovarial-Cyste; der Uterus war subinvolvirt, der Cervix lacerirt. Vor einigen Tagen fand ich den Tumor etwa um die Hälfte seines früheren Volumens vergrössert, und die Patientin klagte, dass ihr schwere Arbeiten unmöglich geworden seien. Sie hatte inzwischen wiederum im dritten Monat abortirt.

III. *Frau L., eine 36 Jahre alte, hier von deutschen Eltern geborene Frau*, wurde mir vor 4 Wochen von einem Collegen geschickt, mit der Bitte, über die Opportunität einer Operation am Cervix meine Meinung abzugeben.

Patientin ist 10 Jahre verheirathet, hat 5 ausgetragene Kinder gehabt und vor 5 Monaten zum ersten Male im zweiten Monat abortirt. Sie ist mit 14 Jahren zuerst menstruirt und hat jetzt vierwöchentlich ihre Periode, welche 5 bis 6 Tage anhält, und unter den Erscheinungen einer Dysmenorrhoe geht viel Blut, auch coagulirtes, ab. Sie leidet ausserdem schon seit längerer Zeit an fortwährenden Rücken- und Bauchschmerzen, welche links mehr ausgesprochen sind. Leukorrhoe, Verstopfung, Harnbeschwerden sind vorhanden, ebenso Appetitlosigkeit. Patientin leidet seit der vor 3 Jahren erfolgten Geburt ihres jüngsten Kindes. Vor 2 Monaten begab sie sich in ein Spital, um eventuell dort Heilung zu finden. Sie acquirirte aber, kaum dort, eine „Unterleibsentzündung," welche entsprechend mit Eisblase etc. behandelt wurde und verliess das Hospital nach 3 Wochen, ohne den Aerzten Gelegenheit gegeben zu haben, sie einer weiteren gründlicheren Untersuchung zu unterwerfen.

Eine von mir vorgenommene Untersuchung ergab einen leicht prolabirten, subinvolvirten Uterus mit lacerirtem Cervix und links davon eine apfelgrosse, schwer bewegliche, runde Ovarial-Cyste.

Obgleich die Indication zur Ovariotomie klar vorliegt, haben sich doch leider die sämmtlichen drei Patientinnen noch nicht dazu entschlossen.

In allen drei Fällen konnte die Diagnose Cystovarium erst gemacht werden, nachdem die den wahren Zustand verdeckende Peritonitis theilweise abgelaufen war; eingeschlossen ist hier der dritte Fall, denn, wenn derselbe im Hospital diagnosticirt worden wäre, so würde die Patientin oder deren Angehörige sicher davon benachrichtigt oder auf die Eventualität einer Operation vorbereitet worden sein.

In keinem der drei Fälle lenkte ein prägnantes System die Aufmerksamkeit anfangs auf einen Tumor, und so wird es wohl häufig vorkommen, dass Patientinnen mit solchen Tumoren, welche *intra vitam* nicht erkannt wurden, an intercurrenten Krankheiten zu Grunde gehen.

Wenn deshalb Spencer Wells[1] angiebt, dass auf 13,000 Frauen 11 mit Ovarialcysten kommen und Lawson Tait[2] ungefähr auf dasselbe Resultat kommt, so ist das höchst wahrscheinlich zu niedrig gegriffen

---

[1] *On Ovarian and Uterine Tumors*, Phil. 1882. Pag. 3 des VI. Cap.

[2] Revue obigen Buches im *American Journal of Obstetrics*, 1883, pag. 317.

und ich erinnere nur daran, dass KAARSBERG[3] bei 17 von 100 Prostituirten Ovarialcysten nachweisen konnte.

Der Peritonitis als erschwerendem Momente in der Diagnose von Cystovarien ist sehr wenig Beachtung geschenkt worden. SPENCER WELLS,[4] PEASLEE,[5] ATLEE,[6] LAWSON TAIT,[7] EMMET,[8] THOMAS,[9] GRAILY HEWITT,[10] gedenken derselben gar nicht. SCHROEDER[11] erwähnt Pelvi-Peritonitis in Folge kleiner Cysten-Rupturen oder solcher von GRAAF'schen Follikeln als häufige Complication von grossen Ovarial-Tumoren, gedenkt aber der Peritonitis als verdeckender Krankheit nicht, ebenso COURTY,[12] welcher die Diagnose nur durch Peritonitis mit Ascites erschwert findet.

HART und BARBOUR[13] geben an, dass retro-uterine Ovarial-Tumoren, wenn mit Entzündung complicirt, sehr schwierig genau zu eruiren sind.

BARNES[14] allein von allen oben Erwähnten schreibt, dass, ehe die entzündliche Complication zum grössten Theil verschwunden ist, wir einen Tumor ohne vorhergehende Kenntniss desselben niemals absolut genau diognosticiren können. Deshalb sollten Frauen, die an Peritonitis leidend, sich auf der Besserung befinden, immer auf Ovarien-Cysten untersucht werden, um eine frühe Diagnose resp. Operation zu veranlassen.

Wenn wir allerdings Th. H. BUCKLER[15] von Baltimore folgen würden, welcher vorschlägt, acute Peritonitis chirurgisch per Laparotomiam zu behandeln, so wäre Uebersehen von Ovarien-Cysten wohl kaum denkbar. So weit geht selbst die modernste Chirurgie noch nicht. Trotzdem erwähnt ja auch z. B. F. A. HÜE,[16] dass in solchen Fällen, wo Peritonitis das Vorhandensein von Ovarien-Cysten complicirt hat, Ovariotomien mit gutem Erfolg ausgeführt worden sind. EMMET[17] erklärt sogar Peritonitis für eine besondere Indication zur Operation.

Ebenso L. TAIT,[18] welcher bei Peritonitis mit acuter Salpingitis schon häufig mit gutem Erfolg operirt hat und welcher fest überzeugt ist, „ dass in allen Fällen von Erkrankung des Unterleibs oder des Beckens, in denen die Gesundheit untergraben wird oder Lebensgefahr droht, und wo kein maligner Tumor zu befürchten ist, eine Explorativ-Incision in die Peritoneal-Höhle gemacht werden sollte."

105 Siebente Strasse, New York; 8. Januar 1886.

---

[3] *Verhandlungen des Internat. Med. Congr.* zu Copenhagen, 15. August 1884. HOWITZ in der Discussion über KNOWLSLEY THORNTON „*Early Ovariotomy.*"
[4] *Diagnosis and Surgical Treatment of Abdom. Tumors.* Phil. 1885.
[5] *Ovarian Tumors*, etc. D. Appleton & Co., 1872.
[6] *General and Differential Diagnosis of Ovarian Tumors.* Phil., 1873.
[7] *Pathology and Treatment of Diseases of the Ovaries.* Birmingham, 1883.
[8] *Principles and Practice of Gynaecology.* Phil., 1884.
[9] *Diseases of Women.* Phil., 1880.
[10] *Diseases of Women. Ed. by* SIMS (Birmingham & Co.) 1883.
[11] *Ziemssen's Diseases of Fem. Sex. Organs.* Translated 1875. Pag. 446.
[12] *Diseases of Uterus, Ovaries*, etc. Translated Phil., 1883. Pag. 748.
[13] *Manual of Gynaecology.* Vail & Co., N. Y., 1883. Pag. 207 & 208.
[14] *Diseases of Women.* London, 1878. Pag. 414.
[15] *Centralblatt für Gynaekologie*, 1883. Pag. 190 (hinweisend auf *Bost. Med & Surj. Journ.*, 1881, worin Obiges nicht zu finden.)
[16] *Gazette des Hôpitaux*, 1883.
[17] Pag. 702. *Op. cit.*
[18] *Op. cit.* Pag. 323.

Zur Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Blennorrhoea Neonatorum.

Von Dr. M. Landesberg.

Die *Blennorrhoea neonatorum* ist eine contagiöse Krankheit, die durch ein specifisches Contagium hervorgerufen wird, welches sich entweder im Scheidenausfluss der Mutter oder in animalen Zersetzungsproducten befindet. Die Ansteckung kann entweder während des Geburtsactes selbst, oder später, auf die Bindehaut übertragen werden. Jeder pathologisch veränderte Scheidenausfluss ist geeignet *Blennorrhoea neonatorum* zu erzeugen, und je virulenter der Scheidenausfluss, um so grösser ist die Gefahr, dass die Bindehaut des neugeborenen Kindes von der contagiösen Krankheit ergriffen wird. *Leucorrhoea*, und in einem weit höheren Grade *Gonorrhoea* der Mutter, ist die häufigste Veranlassung für die *Blennorrhoea neonatorum*, die auch, unter gegebenen Verhältnissen, selbst durch einfachen Catarrh der Scheide hervorgebracht werden kann. Ebenso können animale Zersetzungsproducte, auf die Bindehaut des Neugeborenen gebracht, und von derselben absorbirt, zu Blennorrhoe führen. So hat Brière einen Fall beobachtet, in dem *B. n.* dadurch entstand, dass auf's Auge des Neugeborenen ein Stück noch warmer Placenta applicirt wurde, als Mittel gegen ein vorhandenes Muttermal. Die Unsitte, die unter den niederen Volksclassen besteht, bei vorkommenden Augenentzündungen rohes Fleisch auf die Augen zu legen, mag nicht wenig zum Ausbruche der *B. n.* Veranlassung geben. Ich selbst habe fünf Fälle beobachtet, in denen Kuhdünger, und einen Fall, in dem Menstrualblut einer muthmasslichen Jungfrau als Heilmittel gegen die Augenentzündung der Neugeborenen angewendet wurde. Diese Fälle von *B. n.* waren die schlimmsten, die ich je zu behandeln gehabt. Bei zwei Kindern waren beide Augen, und bei einem Kinde ein Auge total zerstört, während das andere Auge tiefe Cornealgeschwüre aufzuweisen hatte. Bei einem Kinde waren zwar noch beide Augen erhalten, aber bereits so tief geschädigt, dass die Heilung nur mit schwerer Einbusse am Sehvermögen von Statten ging. Das Kind, an dem die Cur mit dem Menstrualblute der Jungfrau vorgenommen wurde, hatte beide Augen eingebüsst. Die vermeintliche Jungfrau litt an virulentem Fluor albus.

Die *B. n.* kann ausserdem durch die Uebertragung des Ansteckungsstoffes entstehen, der in der serösen Absonderung einer entzündeten Brustdrüse oder Brustwarze, oder in der Eiterabsonderung eines Brustabscesses sich befindet. In anderen Fällen können faulige Blutfetzen aus der Scheide der Wöchnerin, oder Eiter aus irgend einer anderen Quelle, sei es durch die Finger der Mutter selbst, sei es durch die der Wartefrau auf das Auge des Kindes übertragen werden und dort die bösartige Krankheit veranlassen. In Geburts- und Findelhäusern kann die *B. n.* von einem Kinde auf's andere übertragen werden durch den gemeinschaftlichen Gebrauch von Schwämmen, Waschbecken, Handtüchern u. s. w. Ausserdem kann die Ansteckung noch, wenn auch nur selten, per Distanz entstehen, besonders in schlecht ventilirten und überfüllten Gebäranstalten und Findelhäusern. Sattler ist der Ansicht, dass das Scheidensecret der Wöchnerin mit Mikrokokken gesättigt, austrocknen, zu Staub zerfallen und durch den Luftstrom auf die Bindehaut der Neugeborenen gelangen kann, wo es für die Entwickelung des Ansteckungsstoffes die geeignete Brutstätte findet. Nach Arlt ist es möglich, dass die Feuchtigkeit, welche von der Oberfläche

einer blennorrhoischen Bindehaut verdunstet und als feine Wassertropfen in der Luft suspendirt bleibt, indem sie Partikelchen der purulenten Eiterabsonderung mitschleppt, zum Mittel werde, um per Distanz die Ansteckung hervorzubringen.

Ueber die Dauer des Incubationsstadiums weiss man nichts Bestimmtes. Sie schwankt etwa zwischen 3—7 Tagen. In allen Fällen, in denen eine virulente Blennorrhoe in den ersten Tagen nach der Geburt beobachtet wird, sind wir zur Annahme berechtigt, dass die Ansteckung in der Scheide der Mutter während der Geburt stattgefunden. Erscheint die Blennorrhoe in der ersten Woche nach der Geburt, so hat die Ansteckung entweder während des Geburtsactes selbst oder unmittelbar nachher stattgefunden.

Die *Blennorrhoea neonatorum* ist an und für sich keine bösartige Krankheit. Unter sachgemässer Behandlung, von ihren ersten Anfängen an, giebt sie eine gute Prognose. Gefährlich wird sie erst, wenn sie vernachlässigt oder unzweckmässig behandelt wird. Leichte Bindehautentzündungen sind bei Neugeborenen so häufig und gehen meist ohne eine jede, oder gar bei der unzweckmässigsten Behandlung zurück, dass die Eltern das Leiden als etwas Harmloses zu betrachten sich gewöhnt haben. Wird es schlimmer, so ist die Hebamme oder die Wärterin mit ihrem Rathe leicht bei der Hand, und die Mutter ist leicht beruhigt durch den Hinweis, dass andere Kinder dasselbe Leiden bei der Geburt gehabt und in kurzer Zeit durch dasselbe Mittel kurirt worden sind. So ist es in den ärmeren Volksklassen, und so ist's meist nicht besser in den reicheren Ständen. Hier und dort führen alte Tanten und alte Weiber das Scepter, und ihre Autorität ist meist mächtiger als die des Hausarztes. Es gehört zu den traurigsten Erfahrungen des Augenarztes im Angesicht von Fällen, die durch Fahrlässigkeit der Angehörigen unrettbar zu Grunde gegangen sind, sich immer wieder und wieder sagen lassen zu müssen, dass die Augen des Kindes äusserst sorgfältig mit heissen Aufschlägen behandelt worden sind, ganz so, wie es die alte Tante oder eine gute Freundin angerathen.

Die Prognose bei der *Blennorrhoea neonatorum* richtet sich nach der Länge der Dauer derselben und nach den secundären Veränderungen, die an der Cornea vorgefunden werden. Je fortgeschrittener der Cornealprocess, desto ungünstiger gestaltet sich die Prognose. Aber selbst in den fortgeschrittenen Stadien der Krankheit können wir drei bestimmte Formen der purulenten Ophthalmie unterscheiden. Die *eine Form* verläuft in milder Weise. Sie kann entweder spontan heilen, oder sogar trotz unzweckmässiger Behandlung. Sie hat keine Tendenz auf die Cornea hinüberzugreifen. Die *zweite Form* ist gefährlicher, und wird bösartig, entweder durch Vernachlässigung oder in Folge ungeeigneter Behandlung. Die Cornea wird immer secundär afficirt. Die Sehkraft erleidet Einbusse selbst bei günstigem Heilverlauf. Diese Form gibt den grössten Procentsatz an Erblindungen. Eine *dritte Form*, die bösartigste aller Augenerkrankungen, wird durch eine floride Gonorrhoe der Mutter veranlasst, und führt in den meisten Fällen, trotz sachgemässer Behandlung von Anfang an, zu totaler Erblindung.

Von den 7 Fällen von gonorrhoischer Ophthalmie der Neugeborenen, die ich in Behandlung hatte, sah ich zwei Fälle am zweiten, resp. am dritten Tage nach der Geburt. In beiden Fällen hatte der Krankheitsprocess die höchste Intensität erreicht. Bei einem Kinde waren beide Corneae noch intact, beim andern war das Cornealepithel nur macerirt. Trotz sorgfältigster Behandlung und gewissenhaftester Pflege gingen in

beiden Fällen die Augen vollständig zu Grunde. Die Hornhäute schmolzen fast unter meinen Augen, und jede Medication war machtlos. Zwei Fälle sah ich am siebten und einen Fall am achten Tage nach der Entbindung. In den ersten beiden Fällen waren die Hornhäute total macerirt, im dritten Falle waren die Hornhäute perforirt, wobei ein Auge Vorfall von Iris, Linse und Glaskörper, und das andere Vorfall von Iris aufwies. Einen Fall sah ich in der vierten Woche nach der Entbindung; beide Augen waren verloren. Zu einem Fall ward ich zur Consultation am achten Tage nach der Geburt zugezogen. Die purulente Ophthalmie war am fünften Tage nach der Geburt zur Entwickelung gekommen. Es lag hier eine directe Uebertragung des Eiters durch die Mutter auf die Augen des Kindes vor. Die Mutter wurde von ihrem Mann wenige Tage vor ihrer Entbindung angesteckt. Die virulente Gonorrhoe kam am zweiten Tage nach der Entbindung zum Ausbruche. Auch in diesem Fall war totale Blindheit das Endresultat. — Wie in diesem Falle, so konnte auch in allen anderen Fällen mit Sicherheit constatirt werden, dass die Mutter wenige Tage vor ihrer Entbindung durch unreinen Beischlaf angesteckt worden.

Der beste Theil der Behandlung bei dieser Krankheitsform ist die Prophylaxis. Man muss die Möglichkeit zu verhüten suchen, dass der Ansteckungsstoff von der kranken Mutter auf das Kind übertragen wird; deshalb muss die Behandlung vor der Geburt des Kindes bei der Mutter ihren Anfang nehmen, und nach der Geburt beim Kinde fortgesetzt werden, wenn trotz aller Prohibitivmassregeln die Ansteckung doch stattgefunden.

Die prophylactischen und hygienischen Massregeln, die hier in Betracht kommen, sind folgende:

1. Jede schwangere Frau, die mit einem krankhaften Scheidenausflusse behaftet ist, muss so früh als möglich einer Behandlung unterzogen werden, damit zur Zeit der Entbindung die Krankheit gehoben sei.

2. Jede Untersuchung eines schwangeren Weibes muss unter allen Cautelen der Antiseptik vorgenommen werden.

3. Durch die penibelste Reinlichkeit hat man dafür zu sorgen, dass der Ansteckungsstoff, sei es von der Mutter, sei es von einer andern Quelle, nicht auf's Kind übertragen werde.

Sobald das Kind geboren ist, müssen die Augen desselben nach dem Credé'schen Verfahren behandelt werden, selbst wenn die Mutter vollständig gesund gewesen. Das Verfahren besteht darin, dass man nach sorgfältigster Reinigung der Augen mit lauwarmem Wasser zwischen die Lider ein paar Tropfen einer zweiprozentigen Argentum-Nitricum-Lösung hineinträufelt. Wenn möglich, so kann dadurch die Krankheit in ihrem Entstehen gehemmt werden.

Ist aber die Entzündung einmal ausgebrochen, so muss sich die Behandlung nach dem jeweiligen Zustande des Krankheitsprocesses richten.* Bei leichten Bindehautcatarrhen mit geringer seröser Absonderung genügen Reinigung der Lider und Berieselung derselben mit einer 4procentigen Borsäurelösung, einige Mal täglich wiederholt, um in kurzer Zeit Heilung zu erzielen. Bei stärkerer Entzündung mit

* Tritt die Krankheit einseitig auf, so muss man durch Schutzverband das andere Auge vor Ansteckung zu schützen suchen. Aber das Vorhaben gelingt in nur seltenen Fällen. Meist wird auch das bisher gesund gebliebene Auge in Mitleidenschaft gezogen.

reichlicher Absonderung sind Adstringentien indicirt — ein paar Tropfen einer zweiprocentigen Zinklösung werden Morgens und Abends zwischen die Lider eingeträufelt, so lange als Morgens, beim Erwachen des Kindes etwas Secret am innern Lidwinkel sich angesammelt zeigt. Ist aber der Krankheitsprocess noch weiter fortgeschritten, ist die Bindehaut bereits stark infiltrirt, die Absonderung schleimig; sind die Lider geschwollen, roth und von erhöhter Temperatur; thränen die Augen und sind dieselben gegen Licht empfindlich, so sind nicht Adstringentien, sondern eiskalte Aufschläge am Platze. Letztere müssen jede Minute gewechselt, von einer halben bis zu einer Stunde lang fortgesetzt, öfters des Tages und bei schweren Fällen auch des Nachts wiederholt werden. Sehr wirksam erweist sich in vielen Fällen die Applikation von Blutegeln, entweder an die Schläfen, oder noch besser an den untern Rand der Nasenlöcher. Aber ein paar Blutegel nützen nichts; 6—10 sind mindestens nöthig, um einen Erfolg zu geben. — Ist das acute Stadium gebrochen, zeigt sich die Bindehaut stark geschwellt, und ist reichliche Eiterabsonderung vorhanden, dann, aber auch nur dann allein, ist der günstige Zeitpunkt für eine caustische Behandlung gekommen. Dieselbe besteht in Bepinselung der Lider mit einer zwei- bis drei-procentigen Argentum nitricum-Lösung.*

Selbstverständlich sind die Bepinselungen nur von competenter Seite zu unternehmen und dürfen unter keinen Umständen den Händen der Wärterin oder der Mutter überlassen werden. Für ein jedes Auge müssen zwei Pinsel vorhanden sein, einer für die Arg. nitr. Lösung und der andere um mit Kochsalzlösung die überschüssige Arg. nitr. Lösung zu neutralisiren. Die Procedur gestaltet sich folgendermassen: die geschlossenen Lider werden zuerst mittelst chemisch reiner Boumwolle, die mit einer vierprocentigen Borsäurelösung getränkt ist, rein gewaschen. Alsdann wird ein Baumwollenbausch, der ebenfalls mit Borsäurelösung getränkt ist, an die Lider angedrückt, und letztere behutsam auseinandergezogen, damit die Eiterabsonderung, die im Conjunctivalsack sich angesammelt, aufgesogen wird. Nun wird das obere Lid bis zur Uebergangsfalte umgestülpt, mit Borsäure gereinigt und mit der Arg. nitr. Lösung bestrichen, worauf Abspülung mit der Salzlösung folgt. Während der Procedur wird die Cornea durch das untere Lid bedeckt gehalten. Das obere Lid wird alsdann reponirt, und dieselbe Behandlung am untern Lide wiederholt. Schliesslich werden Lider und umgebende Theile mit Baumwolle sorgfältig gereinigt und getrocknet, worauf alsdann die Eisaufschläge folgen. Die Bepinselungen genügen für gewöhnlich ein Mal innerhalb 24 Stunden. Sie dürfen unter keinen Umständen wiederholt werden, *so lange noch eine weissliche Membrane auf der Oberfläche der Bindehaut sich befindet.* Für die Zeit zwischen den Bepinseluugen verordne ich für gewöhnlich eine vierprocentige Borsäurelösung, mit dem Auftrage dieselbe öfters im Tage thee-

---

* Sublimatlösungen bei *Blenhorrhoea neonatorum*, wie sie anderwärts empfohlen worden, haben sich bei meinen Versuchen unwirksam erwiesen. In zwölf Fällen von beiderseitiger Bl. neon., ohne Complication seitens der Cornea, habe ich die Conjunctiva des einen Auges mit einer Lösuug von Arg. nitr. (1.48) und die des anderen Auges mit einer Sublimatlösung (1.1000) ein Mal täglich bepinselt. Die sonstige Behandlung blieb in beiden Augen gleich. Nach achttägigen Versuchen sah ich mich jedoch in allen Fällen veranlasst, die Sublimatlösung als unwirksam aufzugeben und die Bepinselungen mit Arg. nitr. auch auf's andere Auge auszudehnen.

löffelweise zwischen die leicht geöffneten Lider zu schütten, um den Eiter vom Conjunctivalsack wegzuspülen. Ausserdem werden die Lider öfters im Tage mit in Borsäurelösung getränkten Baumwollbauschen gereinigt. Schwämme wende ich in meiner Praxis nicht mehr an. Sie können nie ordentlich gereinigt werden und sind nur Träger des Ansteckungsstoffes. Wer auch immer die Wartung des Kindes übernimmt, muss, nach einer jeden Manipulation seine Hände mit Seifenwasser ordentlich waschen und selbe dann mit Borsäurelösung abspülen.

Diese Behandlung muss so lange fortgesetzt werden, bis die Schwellung der Bindehaut und der Lider merklich abgenommen hat, und bis der gelbe, dicke Eiter flüssig und von grauer Färbung geworden. In diesem Stadium kann zu schwächeren Arg. nitr.-Lösungen gegriffen werden, eventuell können die Bepinselungen einen Tag um den andern wiederholt werden. Schliesslich geht man zu milden Adstringentien über, die von der Mutter oder von der Wärterin selbst angewendet werden können. Aber unter Aufsicht des Arztes müssen die Augen so lange bleiben, als noch Absonderung stattfindet.

Die Mitbetheiligung der Cornea bildet die grösste Gefahr für die Erhaltung der Augen. Jede oberflächliche Abschilferung des Cornealepithels, jede leichte Infiltration des Cornealgewebes müssen wir als eine sehr ernste Complication betrachten, die das energischste Einschreiten erfordert. Die Gefahr liegt nicht so sehr in der corrodirenden Wirkung der Eiterabsonderung, in der die Cornea gleichsam gebettet ist, als vielmehr im Drucke, den die geschwollene Bindehaut der Lider und des Augapfels auf die ernährenden Gefässe des letzteren ausübt. Die Blutgefässe werden zusammengepresst, der Blutkreislauf gehemmt, und die Cornea gangränescirt aus Mangel an Ernährung.

Bei starker seröser Infiltration, oder bei gelatinöser Exsudation der Bindehaut müssen wir sofort den Augapfel vom abnormen Drucke befreien, den die Lider auf denselben ausüben, und der zu Strangulation der Blutgefässe, zur Blutstasis, mit allen ihren verderblichen Folgezuständen führt. Zwei Mittel stehen uns in diesen Fällen zu Gebote: Canthotomie — Erweiterung der Lidspalte durch horizontalen Einschnitt an der äusseren Commissur — und Scarification der Bindehaut. Reichliche Nachblutung ist erwünscht und zweckmässig. Bei der Canthotomie kann es zu einem Zwischenfall kommen, auf den ich um so mehr hinweisen möchte, als die vorhandenen Lehrbücher diesen Punkt unerwähnt lassen. Es kann nämlich vorkommen, dass ein Lappen der Thränendrüse zwischen die Wundränder vorfällt, was ich zweimal in meiner Praxis beobachtet habe. Am besten überlässt man den Vorfall sich selbst, der sich theilweise abstösst, theilweise zurückzieht, während er in der Zwischenzeit als Keil die Wundränder auseinanderhält und die frühzeitige Vereinigung derselben hindert. Reposition des Vorfalles gelingt nicht in Folge des starken Liddruckes.

Je nach den gegebenen Verhältnissen können wir die eine oder die andere Methode, oder beide zugleich anwenden. In den meisten Fällen wird die Canthotomie als die wirksamste Operation, vorzuziehen sein, die schneller zum Ziele führt. Die Scarificationen können, wenn nöthig, öfters wiederholt werden.

Ich wende seit Jahren Eserin in all' denjenigen Fällen von *B. n.* an, in denen die Entzündungserscheinungen hochgradig sind, wenn auch die Cornea noch vollständig intact ist. Es werden 1—2 Mal täglich ein paar Tropfen einer Eserinlösung von 1 Gr. auf 3 Drachmen

(0,05 auf 10,0) zwischen die Lider geträufelt, wodurch der Krankheitsprocess in äusserst günstiger Weise beeinflusst wird. In vielen Fällen habe ich auf Eserin einen merklichen Abfall in der Menge und in der Virulenz der eiterigen Absonderung und folglich einen schnelleren Fortschritt zur Heilung wahrgenommen. Ausserdem scheint es mir, als ob die Cornea seit der prophylactischen Anwendung des Eserins, nicht so häufig in Mitleidenschaft gezogen wird, als es früher der Fall gewesen. Zeigt sich aber nur die geringste Abschilferung der Cornea, so werden die Eserineinträufelungen methodisch angewendet. Ich lasse zuerst etwa halbstündlich ein paar Tropfen einträufeln, bis die Pupille sich vollständig zusammengezogen, worauf die Einträufelungen nur fünfmal des Tages wiederholt werden. Dieselbe Medication kommt auch bei tiefen Hornhautinfiltraten in Anwendung. Die Paracentesis Corneae habe ich seit vielen Jahren vollständig aufgegeben. Wenn der bösartige Krankheitsprocess zum Stillstande gebracht werden kann, so geschieht es durch die Anwendung von Eserin. Verhindert letzteres nicht den Durchbruch der Cornea, so wird ihn auch die Paracentesis nicht aufhalten. Druckverband wende ich nunmehr nur selten an, eigentlich nur wenn Vorfall von Iris stattgefunden. Der Vorfall wird natürlich zuerst abgetragen. Bleiben nach der Heilung Trübungen der Cornea zurück, so ist eine künstliche Pupillenbildung indicirt, wie klein auch der übrig gebliebene durchsichtige Theil der Cornea sein mag. Man soll die Operation so früh als möglich ausführen; ich habe sie bei einem Kinde von acht Wochen gemacht. Es war äusserst interessant, wie das kleine Geschöpf, welches vor der Operation total blind war, nachher, durch Bewegungen des Kopfes, die Augen in der Richtung der einfallenden Lichtstrahlen zu bringen sich bemühte, und wie dessen Gesicht aufleuchtete, wenn die Augen den Lichtstrahl aufgefangen.

40 W. 34. Strasse, New York.

Meine Erfahrungen über die operative Verkürzung der runden Mutterbänder bei Retroversio Uteri.

Von Paul F. Mundé, New York.

Obschon die Mehrzahl der gynäkologischen Werke über die dauernde Heilbarkeit der Lageveränderungen der Gebärmutter, besonders der Retroversionen und Retro-Flexionen mit Pessarien, ein diskretes Stillschweigen beobachtet (die operative Behandlung des *Prolapsus uteri et vaginae* ausgenommen), so ist es doch eine allgemein anerkannte Thatsache, dass nur wenige dieser Fälle wirklich geheilt werden. Allerdings ist es wahr, dass durch die übliche Erhaltung des Uterus in normaler Stellung mit Pessarien, oder durch adstringirende Tampons, viele der Beschwerden gelindert oder auch dauernd beseitigt werden. aber trotzdem werden die meisten Gynäkologen, wenn sie ehrlich sein wollen, zugeben müssen, dass die dauernde Reposition eines chronisch retrovertirten, retroflectirten oder prolabirten Uterus, nach Weglassung dieser Hülfsmittel, zur Ausnahme gehört. Fritsch, Schulze und Winckel sprechen allerdings von Heilungen, und Bantock giebt an, dass er in gewissen Fällen permanente Restoration des falsch gelagerten Uterus erzielt hat. Doch wenn man die Krankengeschichten des Letzteren sorgfältig durchliest, so findet man, dass er meistens seine Kranken nur ein oder zwei Mal untersucht hat, nachdem er das Pessarium ent-

fernt hatte, und aus ihrem damaligen Zustande die gefundene Reposition für dauernd betrachtet, worin er sich sicher irrt. Meine Erfahrung zeigt mir, dass alte Retroversionen, und besonders Retroflexionen, trotz jahrelangem Tragen eines Pessarium, gewöhnlich nicht geheilt waren: der Uterus behielt seine mehr oder weniger falsche Lage, obschon oft die Symptome (in Folge der verminderten Congestion) ziemlich geschwunden waren. Um einmal dieser Erfahrung Ausdruck zu geben, sammelte ich im Jahre 1881 die Fälle von Lageveränderungen des Uterus, über welche ich bestimmte Notizen hatte und fand, dass ich von 403 Fällen von Rückwärtslagerung, (welche bei weitem die Mehrzahl der Fälle bilden, in welchen Hülfe gesucht wird, und welche besonders für das Thema dieser Arbeit passen) nur acht dauernde Heilungen aufzählen konnte. Ich hielt diesen Vortrag in der *gynäkologischen Section des Internationalen medizinischen Congresses in London* im August 1881, und es wurde mir damals nicht widersprochen. Bald darauf veröffentlichte Loehlein, in Berlin, seine Erfahrungen, welche ganz mit den meinigen übereinstimmten, da er unter 240 Rückwärtslagerungen nur vier aufzählen konnte, welche durch Pessarien dauernd geheilt worden waren. Nebenbei giebt es viele Fälle, besonders von Retroflexionen, welche durch Pessarien überhaupt nicht gebessert werden, wo ein Pessarium entweder nicht vertragen wird, oder der Uterus sich regelmässig über den hinteren Bügel des Instrumentes zurückbeugt, und wo weder die falsche Lage, noch die Symptome irgendwie gebessert werden.

Als daher Alexander, Liverpool, im Jahre 1884 sein kleines Werk, *The Treatment of Backward Displacement of the Uterus and the Prolapsus Uteri by the new Method of Shortening the Round Ligaments*, herausgab, so erregte diese Methode allgemeines Aufsehen. Die Idee war allerdings nicht neu, denn schon Alquié (Tillaux, *Anatomie topograph.* 5. Ed. 1884) hatte den Gedanken den Vorfall der Gebärmutter durch Verkürzung der runden Mutterbänder zu *verhindern*, und Aran (l. c.) schlug vor, diesen Gedanken von Alquié auf die Retroflexion über zutragen. Auch Freund (Ref. des *Centralbl. für Gyn.*, No. 7, 1885) hat die Operation studirt und schon vor einigen Jahren an der Leiche ausgeführt.

Ferner hat Adams (Glasgow) einige Zeit vor Alexander die Operation empfohlen und am Cadaver versucht. Doch gebührt Alexander das Verdienst, zuerst an der Lebenden die Operation ausgeführt und durch seine Erfolge bewiesen zu haben, dass dieselbe praktisch verwerthbar ist.

Die Operation besteht darin, dass beiderseits ein Einschnitt über dem Inguinalring gemacht wird, wobei die *Spina pubis* als Anhaltspunkt dient; dass nach Blosslegung des äusseren Leistenringes die zerstreuten Muskelfasern des runden Mutterbandes aufgesucht und nach Innen verfolgt werden, bis sie sich zu einem runden deutlich sehnigen Strang vereinigen, welcher sich in starken Rückwärtslagerungen bei mässigem Anziehen und nach stumpfem Lospräpariren von dem umgebenden Zellgewebe, zwei bis drei Zoll herausziehen lässt; dass man währenddem den *Fundus uteri* durch eine von einem Assistenten gehaltene Sonde in Anteversion bringen lässt, und dann die runden Mutterbänder so weit herauszieht, als dies ohne Gewalt geschehen kann, und dieselben durch Nähte von feiner Sublimatseide oder Catgut in die Wunde einnäht, ein Drainrohr einlegt und die Wunde schliesst. Der nach Aussen gezogene Theil des Mutterbandes wird abgeschnitten.

Je nach der Länge und Schlaffheit der *Ligamenta rotunda*, welche bei starken Rückwärtslagerungen und älteren Fällen bedeutender ist, kann dieses abgeschnittene Stück zwei bis vier Zoll lang sein.

Alexander empfiehlt, erst auf der einen Seite das Ligament herauszuziehen, dann die Wunde aseptisch zu verdecken, und das Ligament auf der andern Seite zu finden und herauszuziehen, ehe beide in die Wunde genäht werden: es wird dadurch eine gleichmässige Anteversion des Uterus erzielt. Um Zug an den verkürzten Ligamenten zu verhindern, ist es rathsam, sofort nach der Operation ein Retroversionspessarium einzulegen, und mehrere Monate tragen zu lassen, bis die Verwachsung der runden Mutterbänder mit der Wunde eine vollkommen feste ist. Die Nachbehandlung besteht in vollkommener Ruhe in der Rückenlage mit gebogenen und durch ein Kissen unterstützten Knieen; in häufiger Entleerung der Blase durch den Catheter; in Entfernung des Drains nach mehreren Tagen, und Wechseln des aseptischen Verbandes nach Bedarf. Obschon mehr oder weniger Eiterung in den Wunden nicht ungewöhnlich ist, so erfolgt doch die Heilung grösstentheils *per primam*, und nach etwa 3 Wochen dürfen die Kranken aufstehen. Die Schmerzen nach der Operation sind unbedeutend, die Gefahr einer Mitbetheiligung des naheliegenden Bauchfelles an der Entzündung oder die einer Septicämie gering. Der Erfolg, nicht bloss der unmittelbare was Heilung des Operationseingriffes anbelangt, sondern der nachträgliche in Betreff der dauernden Retention des Uterus in seiner antevertirten Lage, soll nach Alexander und seinen Schülern ein eklatanter sein. Obschon die Operation kaum vier Jahre alt ist, so hat doch A. mehrmals Gelegenheit gehabt, sich 2 bis 3 Jahre nach der Operation von der Permanenz der Heilung, sowohl bei Retroversion als auch bei Prolapsus zu überzeugen, und mehrere Frauen haben sogar normal geboren ohne dass die Lagestörung wieder eingetreten wäre.

Alexander berichtet über mehr als 80 Operationen, Imlach, in Edinburgh, über fast 40, und Reid, Gardner, Allan und andere englische Gynäkologen liefern geringere Beiträge zur Kasuistik dieser Operation. In Deutschland hat die Methode bis jetzt wenig Anklang gefunden, denn ich habe nur einen Fall veröffentlicht gefunden, und zwar von Zeiss (Erfurt), im *Centralbl. für Gynäkologie* (31. *Oct.* 1885); der Erfolg war ein ausgezeichneter. In Amerika ist die Operation nur von wenigen Gynäkologen gemacht worden, meines Wissens grösstentheils in New York. Ich habe, soweit ich erfahren kann, die erste Operation hier ausgeführt, am 12. December 1884, mit Erfolg, und seitdem habe ich dieselbe noch fünf Mal gemacht. Polk hat, glaube ich, acht bis zehn Mal operirt, und Bozeman einmal. Von allen diesen Operationen hat nur eine einen tödtlichen Ausgang gehabt und zwar die von Bozeman, dessen Patientin, nachdem die Ligamente vergeblich gesucht worden waren, an septischer Peritonitis zu Grunde ging. Alexander selbst hat einen tödtlichen Fall, Lawson Tait auch einen, und ein vierter wird in England angeführt. Obschon, im Allgemeinen, die Operation gefahrlos ist, so lässt sich daher doch die mögliche Gefahr einer Peritonitis oder der Septicämie nicht ganz ausschliessen, wenn man bedenkt, wie nahe man zuweilen dem Peritoneum kommen kann, namentlich wenn man gezwungen ist, die zerstreuten Fasern des *Ligamentum rotundum* nach Innen zu verfolgen.

Doch ist es nicht die secundäre Gefahr der Operation, welche zu befürchten ist. Die grosse und, meiner Erfahrung nach, einzige Schwierigkeit, ist das Auffinden der zerstreuten Endfasern des runden Mutter-

bandes in dem Fett und unter den Gefässen und Sehnenbündeln, welche die seitliche Gegend des *Mons Veneris* bedecken. Alexander giebt zwar bestimmte Anhaltspunkte an, nach welchen man so gut wie nie die *Ligamenta rotunda* verfehlen kann; dieselben sollen stets zwischen den Sehnenfasern des *Musculus obliquus externus*, wo sich diese bei ihrer Insertion in die *Spina pubis* theilen, also im äusseren Leistenringe zu finden sein, erst als zerstreute Muskelfasern, welche sich allmählig zu dem deutlich erkennbaren, sehnigen Strang des *Ligamentum rotundum* vereinigen.

Nur zuweilen soll, nach Alexander, das Ligament nicht aufzufinden, oder wegen Verwachsung nicht auszuziehen sein. Ihm ist ersteres nur einmal, letzteres nur zwei Mal bei 80 Operationen, vorgekommen. Andere Operateure sind dagegen weniger glücklich gewesen, z. B. Lawson Tait, und auch ich. Und Alexander selbst giebt zu, dass er erst von den Schwierigkeiten, welche dem Anfänger entgegen sehen, eine Ahnung hatte, als er sah, wie schwer es erfahrenen Chirurgen wurde, bei ihren ersten Versuchen, die *Lig. rot.* zu isoliren.

Ich lege Gewicht auf diese Schwierigkeiten, weil ich gerade in ihnen — nicht in der Stellung der Indication, in den weiteren Schritten der Operation oder den Erfolgen oder Gefahren — das Haupthinderniss gegen die allgemeinere Aufnahme der Operation sehe. Und ich glaube, dass besondere Uebung im Präpariren der den äusseren Leistenring bekleidenden Gewebe absolut erforderlich ist, um diese Operation mit Erfolg auszuführen. Alexander sagt, er habe seine Erfahrung erst im Secirsaal erhalten. Und doch wird mir von verschiedener glaubwürdiger Seite versichert, dass es mehrmals unmöglich war, am Cadaver die Endfasern der *Lig. rot.* aufzufinden oder zu verfolgen; und dass einmal sogar der Versuch misslang, nach der Laparotomie die runden Mutterbänder von dem Uterus nach aussen durch den Leistenkanal zu verfolgen, denn sie verschwanden spurlos im umgebenden Gewebe.

Nachdem ich nun kurz den Nutzen einer solchen Operation dargestellt, und die Ausführung und Schwierigkeiten derselben skizzirt habe, bleibt mir noch übrig, einige Worte über den wichtigsten Theil des Themas zu sagen, den Erfolg der Operation, ehe ich meine allerdings noch geringe Erfahrung mit derselbe erwähne.

Soviel ist meiner Ansicht nach sicher, dass, wenn es dem Operateur einmal gelungen ist, die runden Mutterbänder zu isoliren und herauszuziehen bis der *Fundus uteri* an der Symphyse resp. dem vorderen Bauchwand anliegt, und wenn die feste Einheilung derselben in die Wunden mit dem Uterus in genannter Stellung stattgefunden hat, — die Patientin auf die Dauer von allen Beschwerden befreit ist, welche ihr die frühere Retroversion oder Senkung der Gebärmutter verursachten. Von keiner anderen Operation oder Hilfsmittel kann man dasselbe sagen! Allerdings kann ich nur persönlich von zwei vollkommen gelungenen Fällen und einem, der theilweise gelungen, sprechen. Doch stimmen diese ganz mit den Erfolgen von Alexander und dessen Schülern überein; auch Zeiss (loc. cit.) spricht sich ungemein lobend über das Resultat in seinem Falle aus.

Meine Erfahrung beläuft sich auf sechs Fälle, drei erfolgreiche, in denen ich die Ligamente fand, herauszog und festnähte; und drei, in denen ich sie absolut nicht finden konnte. Ich will die Fälle nur ganz kurz referiren:

Fall I. V *para*, 32 *Jahre alt*, Retroflexion dritten Grades, grosse, schlaffe Scheide; daher unmöglich ein Pessarium anzupassen, welches beibehalten werden konnte.

Aufnahme im *Mt. Sinai Hospital*, und Operation am 12. Dezember 1884, bei Gaslicht. Genau nach ALEXANDER's Regeln operirt; leichtes Auffinden der Endfasern der *Ligg. rot.* Nach einigem Ziehen gaben die Mutterbänder nach und liessen sich leicht herausziehen. Es wurden 2½, resp. 3 Zoll abgeschnitten und der Rest in die Wunde eingenäht. Iodoform-Collodium auf die Wunde, Pessarium u. s. w. Heilung ging gut von Statten bis auf geringe Eiterung in der Wunde. Verliess ihr Bett am 14. Tage. Trug Pessarium gegen sechs Monate. Als ich Patientin diesen Herbst, etwa 10 Monate nach der Operation sah, war der Uterus antevertirt, und Pat. befand sich vollkommen wohl und ging ihren häuslichen Arbeiten nach.

FALL II. *Privatpatientin, VIII para* 34 *Jahre*, letzte Entbindung 5 Monate vorher. Prolapsus uteri zweiten Grades; grosser bilateraler Cervixriss, Dammriss bis auf den *Sphincter ani.* Nach längerer Behandlung mit adstringirenden Tampons wenig Besserung. Daher am 17. Dezember 1884 in der Wohnung der Pat. erst Vernähung des Cervixrisses mit Silberdraht, dann Verkürzung der runden Mutterbänder und schliesslich Perineoraphie. Wegen des starken Fettpolsters über der Symphyse war das Auffinden der *Ligg. rot.* äusserst schwierig und gelang erst nach langem und tiefem Präpariren. Auf der rechten Seite riss das Ligament aus, und ich musste die Wunde schliessen, ohne meinen Zweck erreicht zu haben; auf der linken Seite gelang es mir den Strang endlich zu finden und einzunähen. Trotz längerer Eiterung der Wundhöhlen war der Erfolg schliesslich doch ein ausgezeichneter; denn der Cervix stand merklich weiter von der Vulva entfernt als vorher. Dies war also nur ein halber Erfolg.

FALL III. I *para*, 25 *Jahre alt, Prolapsus uteri* zweiten Grades, Uterus 3½ Zoll lang. Nach doppelter keilförmiger Excision des Cervix, um den Uterus zu verkleinern, schritt ich im *Mt. Sinai Hospitale* am 19. Dezember 1884 (als der Erfolg der beiden ersten Operationen noch unentschieden war) zur Verkürzung der *Ligg. rot.* Doch war hier wieder das besonders an der Symphyse starke Fettpolster im Wege, und es gelang mir nicht, trotz langen Suchens und Präparirens, irgend etwas aufzufinden, was ich für die Endfasern des *Lig. rot.* halten konnte, obschon ich bis auf das Peritoneum vordrang. Ich operirte daher nur auf einer Seite. Die Wunde wurde geschlossen und heilte nach längerer Eiterung ohne Reaction.

FALL IV. *Multipara* 25 *J.* Retroversion, mit kurzer Scheide, wahrscheinlich Entwickelungshemmung; Unmöglichkeit ein Pessarium anzupassen. Operation im *Mt. Sinai Hospital* am 23. Januar 1885. Die *Spina pubis* war leicht zu fühlen, der äussere Leistenring wurde schnell blossgelegt, doch nirgends liess sich eine Spur von den runden Mutterbändern entdecken, trotz Eröffnung des Leistenkanales bis auf das Bauchfell; Vernähung der Wunden, mässige Eiterung, Heilung ohne weitere Reaktion.

FALL V. *II para*, 30 *J.* Hat wegen completem Dammriss in Buffalo mehrere Operationen durchgemacht. Damm jetzt vollkommen; Uterus jedoch prolabirt im zweiten Grade (Cervix an der Vulva.) Scheide zu kurz um Pessarium zu tragen. Als letztes Hülfsmittel, Verkürzung der runden Mutterbänder im *Mt, Sinai Hospital* am 7, Oct. 1885. Schwächliche, magere Frau. Daher keine Schwierigkeit, die Ligamente zu entdecken, obschon dieselben nicht zwischen den Säulen des Ringes gefunden wurden, sondern in einem vom Retraktor seitlich gezogenen Fett- und Hautlappen. Leichtes Isoliren und Ausziehen der Ligamente, Abschneiden von etwa 3 Zoll an jedem, und Einnähen des Restes mit *Catgut*, Knochendrain. Fast eiterlose Heilung. Entlassung am 9. Nov., von allen Beschwerden befreit; Uterus fast normal im Becken schwebend.

FALL VI. *Multipara*, 39 *J., Wittwe.* Grosser Dammriss mit Rectocele; Retroflexio Uteri dritten Grades. Kein Pessarium vertragen. Operation im *Mt. Sinai Hospital* am 18. November 1885. Dickes Fettpolster. Trotz mehr als einstündigen Präparirens und des leichten Auffindens des äusseren Leistenringes war es absolut unmöglich, irgendwelche Spuren der Endfasern der *Ligg. rot.* zu finden. Davon überzeugten sich die Assistenten und Zuschauer, sämmtlich Aerzte, unter denen besonders Dr. VAN DE WARKER, Syracuse, zu erwähnen ist. Vernähung der Wunden mit Catgut. — Dann EMMET's neue Operation für Rectocele, mit Anschluss von Perineoraphie. Vollkommene Heilung. Auch Lage des Uterus durch die Beseitigung der Rectocele gebessert. Pat. am 13. December entlassen. Will sich bald wieder verheirathen.

Nun weiss ich recht wohl, dass mir vorgeworfen werden kann, dass Mangel an genauer Kenntniss der topographischen Anatomie des Leistenkanales beim Weibe Schuld ist an meinem Misserfolge in drei

von meinen sechs Fällen. Und ich gebe zu, dass ich keine Vorstudien an der Leiche gemacht habe.

Doch bitte ich, zu bedenken, dass bei allen meinen Operationen eine Anzahl mehr oder weniger erfahrener Aerzte zugegen waren, welche die Details der Operation überwachten, und sich selbst überzeugten, dass die *Ligg. rot.* nicht zu finden waren. Ferner ist es mir doch in meinem ersten, zweiten und fünften Falle gelungen, die Mutterbänder zu isoliren und herauszuziehen; warum sollte ich sie dann in den anderen drei Fällen nicht finden, wenn sie ebenso leicht zu finden waren? Es ist wahr, Alexander will fast ausnahmslos glücklich gewesen sein. Dagegen giebt es aber das Zeugniss Anderer, welche am Cadaver und an der Lebenden die Bänder nicht gefunden haben.

Ich fühle mich daher zu dem Schlusse berechtigt, dass es gewisse Fälle giebt, besonders Frauen mit starkem Fettpolster über der Symphyse, und auch ältere Personen mit atrophischen Muskeln, in denen die Endfasern der runden Mutterbänder so zerstreut liegen, so vom Fettpolster überdeckt werden, oder so geschrumpft sind, dass sie einfach nicht mehr zu isoliren und zu sammeln sind. Und in solchen Fällen wird eben die Operation missglücken. Wo dagegen die runden Mutterbänder bestimmt entdeckt, isolirt und hinreichend herausgezogen werden können, um den Uterus emporzuheben und zu antevertiren, da ist die Operation fast immer erfolgreich, und befreit die Frau auf die Dauer von den, auf der falschen Lage beruhenden Beschwerden.

Wie nun *diese* günstigen, und *jene* ungünstigen Fälle *vor der Operation* zu unterscheiden sind, scheint mir die Frage der Zukunft zu sein; ebenso wie, wenn möglich, es fertig zu bringen, die Technik der Operation so zu vereinfachen und die Merkmale an denen man die *Ligg. rot. immer* erkennen kann, so festzustellen, dass sie so gut wie nie zu verfehlen sind.

Alexander sagt selbst in einer seiner letzten Notizen über die Operation. (*The Medical Chronicle*, Manchester, Aug. 1885): *It is becoming daily more manifest that the difficulty of performance will be the great barrier in the way of the operation becoming popular.* Wenn der (praktische) Urheber der Operation soviel zugiebt, so ist es klar, dass entweder nur aussergewöhnliche technische Fertigkeit und chirurgische Kenntniss es ihm möglich machten, in 80 Operationen nur einmal die Mutterbänder zu verfehlen; oder, dass er in der Wahl seiner Fälle sehr vorsichtig gewesen ist, und fette Individuen oder solche, von denen ihm seine früheren Erfahrungen gezeigt hatten, dass Schwierigkeiten angetroffen werden würden, streng vermieden hat.

Ich hoffe, dass mir die Gelegenheit gegeben werden wird, meine Erfahrung mit dieser Operation weiter auszudehnen; denn ich bin der festen Ueberzeugung, dass, wenn ich auch die Anwendbarkeit derselben aus angegebenen Gründen für einigermassen begrenzt halte, die Alexander'sche Operation doch fast die einzige gründliche Heilungsmethode für viele sonst unheilbare Lageveränderungen der Gebärmutter ist. Und als solche möchte ich derselben eine feste Stellung in der gynäkologischen Chirurgie und eine glänzende Zukunft prophezeien.

20 W. 45. Strasse.

Ueber Electro-medizinische Apparate und Methoden.

Von Dr. E. Tiegel, New York.

1. *Ueber ein neues Galvanometer.*

In neuerer Zeit besteht unter den Einsichtigen wohl kaum mehr ein Zweifel darüber, dass die Anwendung des constanten Stromes zur Behandlung von Krankheiten durch das Galvanometer controlirt werden muss. Das Galvanometer, richtig verwendet, giebt an, welche Elektricitätsmenge in einer bestimmten Zeit durch den Körper geflossen ist. Von der Wirkung, welche diese Electricität ausübt, wissen wir mit Bestimmtheit nur, dass sie in irgend einer Phase eine chemische sein muss und dass die Summe aller durch sie bewirkten chemischen Wirkungen der Menge der Elektricität proportional sein muss. Unser Körper ist physikalisch ein Leiter zweiter Classe, und die Definition eines solchen besagt, dass der elektrische Strom in ihm Zersetzungen hervorbringe. Man hat versucht die specielle Wirkung des Stromes auf die Nerven auf eine Erscheinung zurückzuführen, die an ausgeschnittenen Froschnerven beobachtet und als vitale Erscheinung unter dem Namen „Elektrotonus" ausgegeben wurde. Angenommen, dass im lebenden Organismus wirklich analoge Erscheinungen zu Stande kommen, dann müssen auch sie nothwendig mit chemischen Veränderungen verknüpft sein. Ueber die Natur der durch die Elektricität in den einzelnen Geweben bewirkten chemischen Veränderungen sich jetzt schon eine bestimmte Vorstellung machen zu wollen, oder gar zu glauben, dass die Sache mit der Annahme der Zersetzung von Wasser und Salzen abgethan sei, wäre sehr voreilig. Was in einem so mannigfaltig zusammengesetzten Ding, wie unser Körper, die Elektricität, also ein Agens, das alle chemischen Kräfte in neue Bahnen zu lenken im Stande ist, im Einzelnen thut, darüber wird man erst gegründete Vermuthungen aufstellen können, wenn die wissenschaftliche (nicht die angewandte) Chemie endlich wieder einmal neue Fortschritte gemacht haben wird.

Für therapeutische Zwecke hat man wohl am häufigsten die Absicht, den Strom auf Nerven wirken zu lassen, dann auf Muskeln, seltener auf Gelenke und noch seltener auf andere Organe. Nervenstämme sind Dinge von kleinem Querschnitt im Verhältniss zu ihrer Umgebung und darum wird immer nur ein sehr kleiner Antheil des Gesammtstromes durch sie hindurch gehen. Um also mit möglichster Sicherheit einen Nerven elektrisch behandeln zu können, wäre es nöthig gerade diesen Antheil zu kennen. Um über ihn genauen Aufschluss zu bekommen, müssten wir unbedingt kennen: das Leitungsvermögen aller Gewebe unseres Körpers und die anatomische Anordnung, nicht nur in allgemeiner topographischer Beziehung, sondern auch die absoluten Dimensionen aller einzelnen Theile. Hiezu kämen dann noch die durch den Strom selbst in den Geweben wachgerufenen elektromotorischen Kräfte und die Widerstandsänderungen. Dies alles aber sind Kenntnisse, die uns erst die Zukunft zu bringen hat. Um zu einer ersten Annäherung der Lösung zu kommen, hat man die Leitungsfähigkeit aller Gewebe als gleich angenommen und dann nach der Stromdichte, d. h. nach der Stromstärke auf der Einheit des Querschnittes gefragt. Aber auch in dieser Form ist die Aufgabe noch nicht gelöst. C. W. Müller (*Zur Einleitung in die Elektrotherapie*, 1885) vereinfachte sich die Sache noch mehr, indem er die Dichte gleichsetzt der Stärke, dividirt

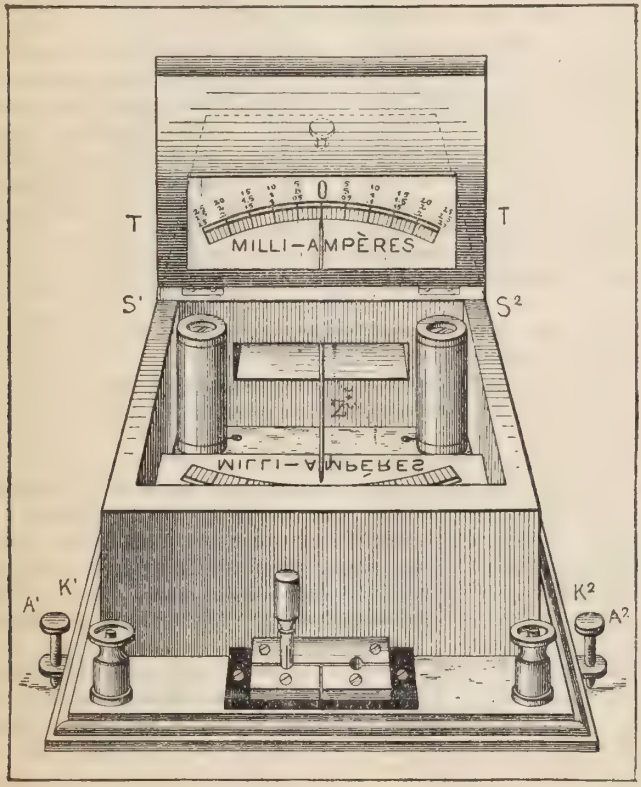
durch die Oberfläche des Elektroden. In Ermangelung von Besserem muss man dieses Auskunftsmittel einstweilen annehmen, um so mehr, da es für die Praxis brauchbare Resultate ergeben hat. Es ist nun aber unmittelbar verständlich, dass man einen bestimmten Nervenstamm oder einen bestimmten Muskel mit gleicher Stromdichte treffen kann, wenn man das eine mal einen stärkeren Strom mit grösseren Elektroden, das andere mal einen schwächeren Strom mit kleineren Elektroden anwendet. Es ist von vorneherein wahrscheinlich, dass das letztere Vortheile hat, wenn es ausführbar ist, das heisst wenn man die gewünschten Gebilde wirklich trifft. Eben weil der elektrische Strom eine grosse Wirkung auf die Gewebe hat, so soll man ihn nur auf diejenigen anwenden, welche seiner bedürfen und nicht auch auf ihre gesunde Umgebung. Was würde man von einem Chirurgen sagen, der einen Mann vollkommen in Carbolsäurelösung baden wollte, um ihm ein Geschwür am Schienbein zu desinficiren? Der Elektrotherapeut ist allerdings in einer viel schwierigeren Lage als der Chirurg, denn der letztere weiss viel besser wo und wie. Dies ist aber kein Grund gegen die principielle Richtigkeit des soeben Auseinandergesetzten und gewiss nicht dagegen, dass die Nervenärzte bestrebt sein sollen, Methoden zu finden, um mit ihren Strömen möglichst local zu wirken. Man hat den sehr schwachen Strömen vorgeworfen, dass sie homöopathischen Dosen zu vergleichen seien. Dies ist nur dann richtig, wenn man grosse Elektroden wählt oder sich nicht genau Rechenschaft giebt, wo die kleinen aufzusetzen sind. Der Sinn der Anwendung schwacher Ströme kann nur der sein, dass man nur da, wo man heilend wirken will, die nöthige Dichte erzielt und die Umgebung möglichst unbelästigt lässt. Wie man in jedem einzelnen Falle zu handeln habe, kann nur Sache der Erfahrung, geführt durch correcte anatomische Kenntnisse sein.

Um Beobachtungen in dieser Richtung anstellen zu können, wurde mir von Herrn A. Metzger ein vortreffliches Galvanometer angefertigt, das Herr Lange zu graduiren die Güte hatte.* Der Magnet, der in die Nord-Südrichtung gebracht werden muss, ist von einer Rolle umgeben, die nur 150 Ohm Widerstand hat. Auf der Mitte des Magneten steht senkrecht ein Aluminiumzeiger Z; Zeiger und Magnet liegen in derselben Horizontalebene: der Drehungsebene des Magneten. Eine horizontale Scala, über welcher der Zeiger spielt, kann entweder direct oder vermittelst eines Spiegels TT abgelesen werden. Letzteres wird im Allgemeinen vorzuziehen sein, da es bei horizontaler Blickrichtung des Beobachters geschehen kann. Der Kasten hat drei Stellschrauben, durch die das Instrument nach bekannten Regeln richtig aufgestellt werden muss. In der Zeichnung sieht man nur die beiden vorderen Stellschrauben A_1 und A_2. Die Scala hat 25 Theilstriche auf jeder Seite des Nullpunktes. Die Ausschläge nach beiden Seiten sind für einen und denselben Strom genau gleich gross. Das Instrument hat zwei *Shunts*, die auf die Rollen S_1 und S_2 aufgewickelt sind. Sie werden eingeschaltet dadurch, dass man einen Pflock entweder in das Loch L_1 oder L_2 steckt. Der Pflock ist im Loche L_1 steckend gezeichnet. Ohne *Shunt* entspricht ein Scalatheil $^1/_{100}$ Milliampère, mit dem einen *Shunt* entspricht er $^1/_{10}$ und mit dem anderen einem ganzen Milliampère. Das Instrument zeichnet sich also durch grosse Empfindlichkeit bei sehr kleinem Widerstande aus und wird darum für Widerstandsmessungen am menschlichen Körper geeignet sein. Sein Gang ist ein

* Beide Herren sind Angestellte der Bergmann'schen Fabrik. (New York).

sehr sicherer. Auch beim Fall aus kleinen Ablenkungen stellt es sich wieder genau auf Null ein. Die Schwingungsdauer und die Dämpfung sind so, dass es mir immer in längstens 15 Secunden gelingt, irgend eine gewünschte Stromstärke einzustellen. Die Empfindlichkeit ist auch für rein wissenschaftliche Untersuchungen genügend, über die ich später berichten werde. Vor Allem aber ermöglicht es die Anwendung kleiner Electroden und damit eine gut localisirte Behandlung.

Dieses Instrument gebrauche ich immer zusammen mit einem Graphitwiderstande, der nach Angaben von Herrn Dr. J. Rudisch verfertigt ist. Der Strom wird dem einen Ende des Graphitkernes eines zwei Zoll langen Zimmermannbleistiftes zugeleitet. Das andere Ende



schleift beweglich auf einem mit Graphit eingeriebenen Glasstreifen, von dessen einem Ende der Strom abgeleitet wird. Der Strom muss so eine dünne Graphitschichte durchlaufen, deren Länge man willkürlich ändern kann. Auf diese Weise kann der Gesammtwiderstand von merklich Null bis zu 20,000 Ohm geändert werden. Wenn schon viel Widerstand eingeführt ist, ist die Abstufung eine gute, aber auch bei kleinen Resistenzen wird der praktischen Anforderung genügt.

Die Anordnung ist immer so, dass in einem und demselben Stromkreis sich befinden: die Batterie, der Widerstand, das Galvanometer und der Patient. Würde die Abstufung der Stromstärke durch eine Nebenschliessung geschehen, dann müsste die Batterie immer einen

stärkeren Strom liefern, als man eigentlich verwenden will; sie wurde unnütz verbraucht. Je grösser ferner der Gesammtwiderstand ist, um so weniger werden sich accidentelle Aenderungen des Widerstandes fühlbar machen. Unter diesen letzteren verstehe ich Veränderung der Benetzungsflächen in der Batterie durch Erschütterungen oder Bildung und Loslösung von Gasblasen.

(*Fortsetzung folgt.*)

Ein Fall von Gallenblasen-Cyste. [*Hydrops vesicae felleae.*] *)

Von Ignatz Morvay Rottenberg, Mitarbeiter der deutschen Poliklinik in New York, vormals Secundär-Arzt des St. Rochus-Spitales zu Budapest.

Da ich, erst seit Kurzem in Amerika, hier noch ein junger Praktiker bin, kann ich Ihnen aus meiner hiesigen Praxis kaum etwas mittheilen, was Ihre Aufmerksamkeit fesseln könnte. Ich glaube aber annehmen zu dürfen, dass Sie auch Europäisches, wenn es gut ist, nicht verschmähen, und werde Ihnen deshalb einen sehr seltenen Fall mittheilen, welchen ich unter dem sehr reichen Materiale des Budapester St. Rochus-Spitales selbst beobachtet habe, und zwar ist dies eine der seltensten Leberkrankheiten: Eine Cyste der Gallenblase, dadurch entstanden, dass die Gallenblasen-Gänge verstopft waren.

Ich halte diesen Fall aus folgenden Gründen für lehrreich und interessant:

1. Weil es eine jener Krankheiten ist, welche selten am Lebenden diagnostizirt werden können;
2. weil ihre Diagnose eine sehr schwierige ist, indem verschiedene Krankheiten der Bauchorgane mit denselben Symptomen verbunden sind, und
3. vom therapeutischen Standpunkte aus.

Agnes W., 65 Jahre alt, Taglöhnerin, welche am 11. Januar 1884 unter meine Beobachtung kam, gibt als Anamnese an, dass sie immer gesund war und erst seit 3 Monaten ihren Appetit verlor und Schmerzen in der Magengegend fühlte. Vor 2 Monaten nahm sie wahr, dass ihre Haut gelb wurde, und zur selben Zeit fühlte sie in der rechten Hypochondrial-Gegend eine Geschwulst, welche ihr auch bei leichtem Druck Schmerzen verursachte.

Status praesens der Kranken war bei ihrer Aufnahme folgender:

Die Hautfarbe der mittelgrossen, mit gutem Knochensystem versehenen, abgemagerten, schlaffmuskeligen Kranken ist schmutziggelb, an den der Luft mehr ausgesetzten Stellen, wie Gesicht, Hals und Händen, ist sie graugelb.

Die Organe des Thorax ergeben weder durch Percussion, noch durch Auscultation Abnormes.

Die Percussion erweist, dass die oberen Grenzen der Leber normale sind. Der untere Rand des rechten Leberlappens ist kantig, seine Oberfläche glatt, rein palpirbar. In der Höhe des Nabels, etwa 2 Cm. nach rechts und schief abwärts finden wir eine 13,5 Cm. lange, in ihrer grössten Convexität 55 Cm. breite Geschwulst, welche unter der Haut beweglich ist, ausgenommen an der Stelle, wo dieselbe mit der Leber zusammengewachsen ist. Ihre Form ist eine runde, resp. birnenförmige,

*) Vortrag, gehalten vor der *Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte* am 6. Oktober 1885.

hat eine glatte Oberfläche, ist elastisch tastbar, fluctuirt und hängt durch ihren oberen Rand mit dem unteren, inneren Rande des rechten Leberlappens zusammen; Percussion dumpf-tympanitisch. Diese Geschwulst nimmt daher ganz bestimmt den Platz der Gallenblase ein.

Die Quantität des Urins ist normal; die Farbe dunkelgelb, schäumend: er enthält einen braungelben, stark trüben, sehr bedeutenden, aber leicht aufzuschüttelnden Niederschlag; spezifisches Gewicht 1021; Reaction schwach sauer.

Die chemische Untersuchung ergab wenig Eiweiss und Gallenfarbstoff.

Unter dem Microscop finden wir vaginale und uterinale, gelb gefärbte Desquamationszellen; desgl. von den Bartholini'schen Drüsen: wenig Eiter und noch weniger Blutzellen (1—2—3.) Amorphen Schleim aus der Vagina; lange Hyalincylinder, in welchen von Gallenfarbstoff gelb gefärbte Körnchen niedergeschlagen sind.

Patientin fühlt sich wohl, ist fieberlos, Appetit genügend, Stuhlentleerung normal, die Farbe der Faeces ist bleichgelb und enthält Gallenfarbstoff.

In diesem Falle erleichterte die Diagnose theilweise die sehr dünne Bauchwand der Kranken; wo aber die Bauchwand adipos, oder die Leber durch irgend einen abnormen Prozess aus ihrer Stelle verdrängt ist, da ist es viel schwieriger, diese Krankheit zu erkennen.

Diejenigen krankhaften Prozesse, an welche man in solchen Fällen denken kann, sind folgende:

1. Abscess der Leber; ist ebenso mit Icterus verbunden, wie der Hydrops vesicae felleae; aber ein Abscess der Leber bildet sich schnell, ist mit Schmerzen und Fiebererscheinungen verbunden, die Kräfte nehmen schnell ab und von der Anamnese gewinnen wir Daten, aus welchen wir entweder auf Gallenblasensteine, oder auf die durch dieselben hervorgerufene Darmkolik, oder in den meisten Fällen auf Trauma folgern können; alle diese anamnestischen Umstände fehlten in diesem Falle.

2. Carcinomatöse Geschwülste; verändern die Form der Leber, sie sind höckerig und mit unebener Oberfläche, verbunden mit sehr häufigen Schmerzen, welche sich besonders auf Druck vergrössern, und ausserdem ist Carcinom-Cachexie vorhanden.

3. Aneurisma Aortae, welches zwar kaum in Betracht kommen kann, weil dasselbe durch starkes Pulsiren, durch seine häufigen, sehr ausgedehnten, heftigen und ausstrahlenden Schmerzen, sowie durch seinen Verlauf, und durch Auscultation bald zu erkennen ist.

4. Hydronephrose; erreicht oft die Grösse eines Kindskopfes und ist zumeist eine unbewegliche, fluctuirende Geschwulst, währenddem die Gallenblasen-Cyste beweglich ist; aber das Wichtigste ist hier die Untersuchung des Urins, durch den H. sehr leicht zu erkennen ist.

5. Empyem der Gallenblase, kommt viel seltener vor und erreicht auch nicht die Grösse des Hydrops der Gallenblase, ist zumeist faustgross und mit den Nachbarorganen verwachsen. Dasselbe ist mit sehr heftigen, circumscripten Schmerzen und auch oft mit Schüttelfrösten verbunden und zeigt manchmal solche Symptome, als wenn Pyämie zugegen wäre.

Ausser diesen erwähnten Krankheiten könnte man den Hydrops der Gallenblase noch mit Ascites, Ovarientumor oder Wanderniere verwechseln; Eichhorst erwähnt einen Fall, in welchem man die hydropische Gallenblase an Stelle des vermutheten Ascites

punktirte. In unserem Falle konnten wir die drei letzterwähnten Krankheiten mit Leichtigkeit ausschliessen.

Nachdem die Diagnose auch auf diesem Wege gesichert war, nahm ich unter Aufsicht meines Primar-Arztes, Prof. Dr. Barbás mit dem Potein'schen Apparate die Punktion vor.

6. Echinococcus; entsteht ebenfalls langsam und nicht wahrnehmbar, ist mit gar keinen Schmerzen verbunden, erreicht dieselbe Grösse und nimmt dieselbe Form an, wie die Wassersucht der Gallenblase; wenn aber die Echinococcus-Cyste wächst, überragt sie die Rippenränder und drängt in Folge ihres Wachsens die Nachbarorgane, besonders die Leber, aus ihrem Platze und verursacht ferner in der Lebergegend ein Druck- und Spannungsgefühl. Wenn sie auf den Ductus choledochus einen Druck ausübt, verursacht sie Icterus, übt sie einen Druck auf die Vena portae aus, so verursacht sie Ascites und drückt sie die Vena cava, so verursacht sie eine allgemeine Hydrämie. Ferner zeigt sie eine eigenartige Fluctuation, welche sich von jener unterscheidet, die wir bei mit Flüssigkeit gefüllten und mit gespannten Membranen versehenen Geschwülsten beobachten. Bei Auscultation über dieser Geschwulst, besonders wenn wir vorher einen Druck auf dieselbe ausübten, können wir das Piorry'sche Hydatiden-Schwirren wahrnehmen; aber am leichtesten können wir den Echinococcus ausschliessen, wenn wir beim Anzapfen der Geschwulst die bei Echinococcus so charakteristischen Haken (Angeln) und in der abgezapften Flüssigkeit das kohlensaure Calcium und die Bernsteinsäure vermissen, wovon ich später mehr zu sagen haben werde.

(Schluss in No. 3.)

Neuere dermatologische Behandlungsmethoden.

Von Dr. Ludwig Weiss, New York. *Mitglied der „Deutschen Poliklinik" (Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten).*

Vortrag, gehalten in der Med.-Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend am 7. September 1885.

(Fortsetzung.)

Für unser heutiges Thema kommt die Frage der Resorption der Oleate indessen nicht weiter in Betracht, und sofern wir nur von einem strikt dermatotherapeutischen Einfluss derselben sprechen, kommen die Untersuchungen Shoemaker's in's rechte Licht und die Priorität der Wiedereinführung derselben in der Hauttherapie bleibt ihm unbestritten.

In Bezug auf die physikalische Structur sind einige Oleate pulverförmig, andere von Pflaster- und wieder andere von Salbenkonsistenz. Bislang sind folgende Oleate angefertigt worden:

a) *pulverförmige*: Zink- und Silberoleat.
b) von *Pflaster-* oder *Wachs*konsistenz: Aluminium-, Arsenik-, Cadmium-, Kupfer-, Eisen-, Blei-, Quecksilberoxyd- und Nickeloleat.
c) von *Salbenkonsistenz:* Wismuth-, Quecksilberoxyd-, und Zinnoleat.

Von diesen Oleaten werden das Zink- und Silberoleat u. z. ersteres als Streu- und Trockenpulver, das letztere auf exulcerirenden Flächen als Deckmittel — durch Eiweissgerinnung gleich dem salpetersauren Silber nur etwas schwächer wirkend — angewendet. Wie in der Der-

matotherapie beinahe überall, so nimmt auch in dieser Form das Zink eine hervorragende Stelle ein.

Das Zinkoleat, ein feines zartes Pulver, ist vollständig weiss, fühlt sich seifig an, besitzt in Folge dessen mehr Konsistenz und Haftbarkeit an der Haut und wird daher in vielen Fällen wo der Kontakt zweier nässenden Flächen zu verhindern oder anderweitige nicht leicht abstäubender Puder, wie bei Seborrhoea oleosa gewünscht wird, mit grossem Vortheile angewendet. Ausserdem besitzt es adstringirende und stimulirende Wirkungen auf krankhaft alterirte Gewebe. Seine Hauptanwendung wird es demnach bei verschiedenen Erythemen u. Eczema intertrigo, bei acuten vesikulösen und papulösen Eczemen überall da finden, wo Streupulver zur Verhütung der Reibung und zur Erzielung von Deckung wünschenswerth sind, und Fette nicht vertragen werden. Bei Hyperhidrosis und Osmidrosis ist es, mit Antisepticis vermischt, ein vorzügliches Desodorans sich zersetzender Schweisse. Als eine sehr nützliche Combination bewährte sich Thymol 1:500 Zinkoleat. Auch mit Borsäure (1%), Salicylsäure (1%), Bismuthum Subnitricum (5%) vermischt, und mit wohlriechenden Oelen versetzt, als Heilmittel sowohl wie als Cosmeticum. — Die Hauptanwendung der Oleate jedoch ist die in Salbenform, indem dieselben bei einer möglichst niederen Temperatur mit dem fettigen Vehikel im Wasserbade zusammengeschmolzen als Oleatsalben verwendet werden. Es ist sehr viel Scharfsinn darauf verwendet worden, ein möglichst reizloses Fett zur Salbenbasis zu finden; der benzoinirte Hammeltalg, bisher das zweckmässigste Product, musste der Paraffinsalbe weichen, nachdem die fettähnlichen Kohlenwasserstoffe wie Vaselin trotz der Eleganz der damit bereiteten Präparate und der chemischen Beständigkeit dem Zwecke leider nicht entsprachen. Sie enthalten trotz vielen Raffinirens immer noch reizende, manchmal sogar dem Geruchssinn auffallende Beimischungen,[1]) sie decken nicht im Sinne einer milden Fettsalbe[2]) und verhalten sich, entgegen der Ansicht von G. H. Fox[3]) für die menschliche Haut impermeabel und hindern die Aufnahme des zu resorbirenden Medicamentes. Es vollzieht sich hier eben, wie überall unter dem Drucke einer einseitigen Strömung eine Reaction, welche durch das Suchen nach reizlosen nicht ranzigen Fetten hervorgebracht wurde, womit man der überschätzten Gefahr einer Hautreizung begegnen wollte. Insoweit sich diess auf die acut-entzündlichen Processe bezieht hat dieses Streben gewiss seine Berechtigung und es wurde vorhin gezeigt wie man, indem der Begriff Fett — und Kühlsalbe festgehalten wird eine mitigirende Kontaktwirkung hervorzubringen vermag.

Vollkommen zwecklos war jedoch dieses Suchen bei denjenigen Salben, die in die Haut eingerieben eine Tiefenwirkung, ein Hinabdringen in die natürlichen Oeffnungen derselben bewerkstelligen sollten. Hier wirkt ja gerade, wie erwähnt, die bedeutende Penetrationsfähigkeit der Oel- resp. der Fettsäuren im Sinne der Resorption, „Hat aber je, solange man die Haut mit Salben salbte, irgend eine anders auf die Haut gewirkt als in einem ranzigen Zustande, d. h. in einem Zustande,

---

[1]) Vergl. den offiziellen Bericht in den *Transactions of the American Dermatological Association;* 9. Jahresversammlung, abgehalten den 26., 27. und 28. Aug. 1885; — im *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*, No. 11, 1885, pg. 344.

[2]) Ibid.

[3]) Ibid. p. 341.

wo die Entmischung und das Freiwerden von Fettsäure vor sich geht?“ [4]

Schon durch den Kontakt mit der warmen feuchten Haut, der freien Luft ausgesetzt, wird die frischeste Salbe nach kurzer Zeit auf der Haut ranziger als nach dem längsten Stehen im Topfe, und ebenso wird das incorporirte Heilmittel der Zersetzung unterworfen sein. Es werden demnach die alten Fettsalben wieder in ihre Rechte treten, was ja nach dem eben Ausgeführten keine weiteren Nachtheile in sich schliesst.

Die Bleioleatsalbe, aus gleichen Theilen Bleioleat und Fett bestehend, ist ähnlich der Hebra'schen Salbe und wird denselben Indikationen entsprechend angewendet; wenn nöthig, mit differenten Zusätzen wie Naphthol, Theer etc. gemengt.

Unter den Oleaten hat das Kupferoleat bezüglich seiner Wirksamkeit die meisten Controversen hervorgerufen. Es soll besonders bei den pflanzlich-parasitären Krankheiten der Haut wirksam, ja von spezifischem Nutzen sein.

Shoemaker selbst wurde auf die Wirksamkeit des Mittels durch einige seiner an *Ringworm* leidenden Patienten aufmerksam gemacht, die berichteten, dass sie eine alte Kupfermünze in Essig gelegt und mit der Flüssigkeit die erkrankten Stellen bepinselt und dadurch in vielen Fällen Heilung erzielt hätten. Zum Gebrauch gelangt eine 10—20% Kupferoleatsalbe. Nach S. besitzt dieselbe adstringirende, stimulirende, antiparasitische und besonders tief in die Hautfollikel eindringende Eigenschaften; ebenso wirksam bewies sich ihm dieses Präparat bei *Favus*. Bei diesem so überaus hartnäckigen Leiden müssen aber, sei die Behandlung welche immer, die präliminaren Massnahmen von den früheren abweichen.

Es muss von dem Gebrauche des Wassers und wässeriger Lösungen Abstand genommen werden, wie dies ja schon Hebra empfahl, weil dasselbe durch Aufquellung der Epidermis die Drüsenmündungen verschliesst. Jedoch noch aus andern Gründen sind, den neuern Anschauungen gemäss, das Wasser sowie die zur Entfernung der Krusten beliebten erweichenden Umschläge verwerflich, weil unter der Einwirkung derselben als Feuchtigkeit und Wärme spendend, für die Propagation der Pilze die denkbar günstigsten Bedingungen gegeben sind. Es wurden also, um bei diesem Beispiele der Behandlung der Hautmycosen zu bleiben, vorerst die Krusten mit 2—5% Carbol- oder Naphthalinöl erweicht, dann die afficirten Stellen mit einer schwachen alkoholischen Lösung von Thymol, Borax oder Naphthol gereinigt.

Hierauf wird in den leichteren Fällen eine 25—50% Boroglycerin-Lösung jeden zweiten Tag, in schwereren Fällen die Kupfer- oder Mercuroleatsalbe intensiv eingerieben. S. hält bei der Oleatbehandlung die Epilation für überflüssig, was ich leider nicht bestätigen kann, und würde ich ohne dieselbe mich kaum an eine zielbewusste Behandlung des *Favus* wagen.

Chrysarobin und Pyrogallussäure in Fettsalben oder Collodien, das Mercuroleat, die Schwefel- und Theerpraparate, das von Dr. Taylor empfohlene Mittel: 0.25 Sublimat in 35.0 *Tr. Myrrhae* übertreffen weit die Wirksamkeit des Kupferoleates, welches in den Händen anderer, gleich guter Beobachter sich nicht zu bewähren scheint.[5]

(*Fortsetzung in No.* 3.)

[4] Dr. W. H. Mielck in den „*Monatsheften f. pract. Dermatologie,*“ Bd. IV, No. 1, pag. 23.

[5] Offizieller Ber. der *American Dermatological Ass'n*, etc. in *Journal of Cut. and Ven. Diseases*, No. 11, 1885, pag. 343.

Das Zahnen der Kinder als Krankheitserreger.

Von Dr. A. Seibert, Kinderarzt am Deutschen Dispensary.

In der December-Nummer der New Yorker Med. Presse befindet sich ein Artikel, betitelt: *Ueber das Vorkommen der Otitis media acuta während der ersten Dentition*, von Dr. S. Kohn. Der Verfasser macht den Pädiatern, sowie den praktischen Aerzten überhaupt, den Vorwurf, dem ätiologischen Zusammenhang zwischen Mittelohrkatarrh und dem „Ausbruch der Milchzähne" zu wenig Beachtung geschenkt zu haben, und betont, dass dieses ätiologischen Faktors „nirgends" gedacht werde.

Diese Angaben sind richtig. Statt aber diesen Zustand der pädiatrischen Literatur zu beklagen — sollte man sich darüber freuen. Die Zeiten in welchen das Zahnen der Kinder der Allerweltssündenbock der Aerzte war, sind glücklicherweise vorbei. Mit dem Fortschritt in der pathologischen Anatomie und der experimentellen Physiologie verschwand das Zahnen rasch aus der Reihe der Krankheitserreger. Wohl stösst man hier zu Lande nicht selten noch auf Empyeme, chronische Pneumonieen und namentlich chronische Darmkatarrhe, welche als „Kranksein vom Zahnen" diagnostizirt und behandelt wurden, aber beim gebildeten Arzt spielt das Zahnen höchstens noch die Rolle eines prädisponirenden Momentes. Dass es nun auch als solches von keiner Bedeutung sein kann, möchte ich in Kurzem hier darthun.

Jacobi (Gerhardt, Bd. I. p. 426) sagt am Schluss seiner Besprechung der Zahnpflege: „Ist der Zusammenhang zwischen Zahnen und Krankheiten schon ein sehr loser in der ersten Dentition, so ist derjenige zwischen falschen und mangelhaften Diagnosen und dem zweiten Zahnen ein um so intimerer!" In einer achtjährigen ununterbrochenen Thätigkeit als Ordinarius in einer der besuchtesten Dispensary-Abtheilungen für Kinderkrankheiten in dieser Stadt (in welcher Zeit ich Gelegenheit hatte circa 14,000 Kinder unter 14 Jahren, von denen zwei Drittel unter 3 Jahren alt, zu behandeln) — habe ich noch keinen einzigen Fall von wirklicher Erkrankung durch Zahnen getroffen, noch habe ich je gesehen, dass die Kinder während irgend einer Zeit der Dentition von Krankheiten mehr zu leiden hatten, als sonst, geschweige denn, dass das Zahnen irgend welchen Einfluss auf den Krankheitsbeginn und Verlauf hatte! Es gelang mir immer, die Aetiologie der Fälle mit dem derzeitigen Stand der pathologischen Anatomie in Einklang zu bringen.

Das Zahnen ist und bleibt ein physiologischer Process. Dass normale Körperfunktionen unter normalen Verhältnissen nie Störungen machen, ist wohl jetzt allgemein anerkannt. Die einzige wankende Stütze der Zahntheorie als Kausalmoment einer Erkrankung ist die erhöhte Empfindlichkeit der Gaumen. Wie stark diese Hyperästhesie nun ist, kann nur gemuthmasst werden. Die Erfahrung bei Erwachsenen lehrt, dass sich dieses Symptom mehr in Gestalt lästigen Juckens, als wie in ausgesprochener Schmerzhaftigkeit dokumentirt. Ausserdem zahnt aber die grosse Mehrzahl der Kinder ohne irgend welche Zeichen von Unruhe abzugeben, wenn man nicht die Lust und Begierde zum Beissen derartig auffasst. Ohne Zweifel sind manche Kinder empfindlicher, wie andere und reagiren auf den geringsten Reiz, aber daran ist doch wohl nur irgend ein pathologischer Zustand und nicht das Zahnen allein schuld. Zugegeben also, dass in Folge von bevorstehendem Durchbruch mehrerer Zähne eine erhöhte Reizbarkeit des Nervensystems bedingt wird, so dass selbst Reflexkrämpfe auftreten

können (denn diese sind mir wenigstens denkbar, obgleich ich sie nie gesehen habe) — worauf beruht nun die Theorie bei begleitenden Entzündungen?

Der Verfasser obigen Artikels sagt darüber z. B.: „Was nun den Kausalnexus zwischen Otitis und Dentition anbelangt, so ist da zuerst der Schmerz in Betracht zu ziehen" — ! Es müsste eine entschiedene Bereicherung der Krankheitsforschung genannt werden, wollte man obigen Satz gelten lassen; denn in den Lehrbüchern der modernen Medizin fehlt die Erwähnung des Schmerzes als Entzündungserreger vollständig. Schmerz ist eine Empfindung, ein Symptom, und wird das auch wohl immer bleiben. Schmerz kann reflektorisch auf das Nervensystem wirken, Entzündung bedingt er nie. Wäre dem so, so müssten z. B. bei oder nach Gesichts- und Kopfneuralgien (bei denen der Schmerz doch entschieden grösser ist, als beim schwersten Zahnen) Entzündungen des Mittelohres häufig sein, was *nicht* der Fall ist. Mitchell (*Des lesions des nerfs et de leurs consequences, Traduction*, Paris 1874) hat in 166 Fällen von Neuralgie Oedeme beobachtet, Entzündungen niemals. „Das Anastomosiren von verschiedenen Nerven ist nicht einmal ein Beweis für die Möglichkeit vasomotorischer Reizung in benachbarten Gebieten, geschweige denn dafür, dass diese Störungen entzündlicher Natur sein müssen," wie der Verfasser meint. Die Sache ist gar nicht so einfach als wie sie dargestellt wird.

Unsere noch sehr beschränkte Kenntniss der Gefässnerventhätigkeit und deren Anomalieen lehrt, dass durch Reizung nur Kontraktion und Erweiterung der Gefässe bis zur kompleten Lähmung bedingt wird, Entzündung niemals. Könnte durch Reizung der Gefässnerven Entzündung entstehen, so müsste man dieselbe doch da vorwiegend beobachten, wo die Reizung von einem anderen Entzündungsheerd ausgeht. Das ist aber ebenfalls nicht der Fall. Schwimmer (in seiner Monographie über "Die Neuropathischen Dermatonosen," 1883) z. B. hat bei Neuralgien in Gefolge von Mediastinalcarcinose ausgedehnte Oedeme der rechten Gesichtshälfte und der vorderen Thoraxwand beobachtet, die sofort nach Unterdrückung des Schmerzes schwanden. Trotz langer Dauer und häufiger Wiederkehr dieser Erscheinungen trat keine Entzündung auf. In der Besprechung eines Falles von multiplen Oedemen der Haut in Folge von rheumatisch-vasomotorischer Lähmung (ohne Schmerz) im *Medical Record* (Jan. 10, 1885) findet sich die einschlägige Literatur von mir angegeben. Beim Durchsehen derselben ist nirgends von Entzündungen als im Gefolge von vasomotorischer Störung die Rede. Ausserdem stimmt hiermit das physiologische Experiment sowohl, als auch die neuesten Untersuchungen über Entzündung selbst.

Die *Otitis media* ist eine eitrige Entzündung der das Mittelohr auskleidenden Membran. Dass Eiterbildung nur in Folge von septischer Invasion entsteht, kann man bei jedem operativen Eingriff, bei dem wirkliche Antisepsis angewandt wurde, lernen. Die ganze moderne Wundbehandlung ruht auf dieser Thatsache. Warum soll das nun im Mittelohr anders sein? Eine besondere Bevorzugung dieser Körperpartie kann man doch nicht gut annehmen.

Die grössere Häufigkeit der Otitis im Kindesalter spricht nicht gegen die Infektionstheorie, sondern dafür, denn sie ist genau proportional der grösseren Häufigkeit der Mund- und Rachenaffectionen (zu denen man auch die von Sexton erwähnten cariösen Zähne rechnen muss),

und der grösseren Unreinlichkeit und der relativen Kleinheit der betreffenden Partien.

Diese Erklärung ist rationell und entsprechend unserem heutigen Wissen, wozu da Muthmassungen heranziehen, die noch nicht einmal den Vorzug der Neuheit besitzen?

„ Warum in die Ferne schweifen?
Sieh, das Gute liegt so nah."

Die *Closed Cell Pocket Battery* welche von der *Smith & Shaw Electric Company* fabrizirt wird, ist eine der handlichsten und brauchbarsten Batterien, welche wir jemals zu probiren Gelegenheit hatten. Sie kann nicht nur mit allen hiesigen, sondern auch mit den vielgepriesenen Batterien französischer Manufactur getrost jeden Vergleich eingehen, denn dieselben werden von ihr entschieden übertroffen, sowohl in Bezug auf ihre Form, wie ihre Construction. Während bei anderen Taschenbatterien die Zellen offen sind und bei jedem neuen Gebrauch frisch gefüllt und dann entleert werden müssen, so ist diese Zelle in der Art arrangirt, dass die Zink platte völlig entfernt und dann die Zelle hermetisch geschlossen werden kann. Die Gummipropfen, welche diesem Zwecke dienen, schliessen absolut luftdicht, so dass die Batterie in irgend einer Stellung in der Tasche getragen werden kann, ohne dass die Flüssigkeit ausfliesst.

Die Induktionsrolle nimmt einen merkwürdig kleinen Raum ein und ist dabei doch derartig construirt, dass eine überraschend grosse Intensität mit dem kleinen, handlichen Apparate erzielt werden kann, welcher für praktische Aerzte sehr empfehlenswerth ist.

Wir erlauben uns, unsere Leser auf die von der Firma F. Alfred Reichardt & Co. fabrizirten und importirten Instrumente und anderen Artikel aufmerksam zu machen. Seit einigen Jahren importirt dieselbe chirurgische Instrumente, namentlich die gebräuchlichsten und unentbehrlichsten in grossen Quantitäten aus Europa; ferner lässt sie andere vielgebrauchte Artikel, welche früher durch Handarbeit hergestellt wurden, gegenwärtig fabrikmässig durch Pressen in Stahlformen erzeugen. Das Fabrikat erhält dadurch eine elegante, sich immer gleichbleibende Form und bietet alle anderen Vortheile, welche solche Herstellung grosser Quantitäten mit sich bringt. (Niedrige Preise, leichte Eintauschbarkeit &c.) Von den ausgezeichneten Spezialitäten dieser Firma in der Hinsicht seien nur genannt: die Farny hypodermatische Spritze, das Farny Catheter und das Farny Thermometer.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph. D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint am 15. eines jeden Monats.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften und Geldsendungen sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Deckel liefern wir kostenfrei*, wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Herr CARL KAHLER ist berechtigt, Gelder für die " N. Y. MEDIZINISCHE PRESSE" zu kollektiren.

Der neunte Internationale Medizinische Congress.

I.

Die medizinischen Gesellschaften, welche in den Vereinigten Staaten existiren, sind von zweierlei Art. Da sind erstens die eigentlich wissenschaftlichen Gesellschaften, welche sich namentlich die Pflege gewisser Spezialitäten angelegen sein lassen, also ophthalmologische, chirurgische, otologische etc., ferner climatologische, forensische etc. Dieselben existiren in den grösseren Städten; doch stehen die einzelnen Gesellschaften, welche sich einer Spezialität widmen, nun wiederum durch ihre Mitglieder in einer gewissen Beziehung zu einander, indem die meisten derselben individuell, nicht die Gesellschaft als solche, einer nationalen Organisation angehören, die sich über das ganze Land erstreckt. Das sind z. B. die *Amer. gynäkologische Gesellschaft*, die *Amer. laryngologische Gesellsch.*, die *Amer. chirurgische Gesellsch.* etc. Die Letzteren sind verhältnissmässig neueren Datums.

Anders ist es mit der zweiten Gattung von Gesellschaften.

Da im vorigen Jahrhundert keine medizinischen *Colleges* existirten, so gab es nur Aerzte, die entweder in England studirt oder durch praktische und theoretische Instruktionen von Seiten eines regulären Arztes sich ihre Fachkenntnisse erworben hatten; alle anderen waren eben Charlatane. Die daraus resultirenden traurigen Zustände veranlassten die Aerzte zu damaliger Zeit, sich zusammenzuthun und durch Gründung von Gesellschaften in den einzelnen Staaten *(State Medical Societies)* dem Unfuge zu steuern, welcher durch die vollständige Gesetzlosigkeit in Bezug auf medizinische Angelegenheiten existirte. Denn es existirte und existirt heute noch nicht eine Behörde, wie sie z. B. das Cultusministerium (Abtheilung für Medizinalsachen) in jedem, auch dem kleinsten deutschen Ländchen darstellt.

Die ersten dieser *State Societies* wurden in *New Jersey, Massachusetts*

und *Pennsylvania* gegründet; dann kam *New York* (1806) und nach und nach so ziemlich alle Staaten und Territorien. Dieselben wurden von den Legislaturen als offizielle Vertreter des ärztlichen Standes anerkannt und erhielten einen *Charter* (Freibrief), der ihnen u. A. das Recht einräumte, die *Licentia practicandi* zu verleihen und diese Vollmacht wiederum an die, in den einzelnen *Counties* (Kreisen) zu gründenden, oder bereits existirenden Gesellschaften abzutreten.

Mit diesem ersten Schritte erfolgte beinahe gleichzeitig* die Gründung von medizinischen Schulen, *Colleges* genannt, welche es einer grösseren Anzahl von Studenten ermöglichte, sich eine bessere theoretische Ausbildung zu verschaffen ohne erst nach England reisen zu müssen.

Als dann, zumeist nach dem Muster der *New York State Medical Society*, in den meisten Staaten der Union gleiche Gesellschaften geschaffen worden waren, welche sich zuerst wie jene, hauptsächlich mit den Entwürfen der zur Regulirung der ärztlichen Praxis zu erlassenden Gesetze† und anderen Standesangelegenheiten befassten, da wurden auf den jährlichen Versammlungen allmälig auch wissenschaftliche Verhandlungen auf die Tagesordnung gesetzt. Nun erfolgte bald der zweite Schritt. Nach Muster der politischen Organisation des Landes wurde der Wunsch rege, ausser den Staats-Gesellschaften auch eine nationale Organisation zu besitzen und so wurde im Jahre 1846 die *American Medical Association* gegründet. Dieselbe sollte sich — so weit bei der Souveränität der einzelnen Staaten möglich und nöthig — mit nationalen Standesangelegenheiten befassen und zugleich sollten auch in ihren jährlichen Versammlungen wissenschaftliche Vorträge und Diskussionen abgehalten werden. Zur Vertretung durch Delegaten sind alle Staats- und *County*-Gesellschaften berechtigt, sowie alle diejenigen anderen medizinischen Gesellschaften, welche zur Absendung von Delegaten zu der betr. Staats-Gesellschaft berechtigt sind. Ferner sind Armee und Flotte zu je vier Delegaten berechtigt, welche von ihren Vorgesetzten dazu designirt werden.

Da nun Jeder, der einmal als Delegat bei einer Jahresversammlung zugegen war, als permanentes Mitglied betrachtet und als solches in den Listen fortgeführt wird, so ist es begreiflich, dass diese Listen etwa 60,000 Namen enthalten, d. h. mehr als Dreiviertel sämmtlicher in den Ver. Staaten praktizirenden Aerzte.

Wir glauben, dass diese kurze Skizze der ärztlichen Organisationen und ihrer Geschichte das Verständniss der eben herrschenden Wirren in Bezug auf die Vorbereitung zum Internationalen Congress erleichtern werden. Denn eben nur weil die Organisation der *Am. Med. Association* eine so lose ist und weil daher das Bewusstsein der

* Das *N. Y. College of Physicians and Surgeons* wurde ebenfalls 1806 gegründet.

† Seitens der Staatslegislatur.

Autorität Seitens der Beamten und das Gefühl der Solidarität Seitens der Mitglieder ein sehr schwaches sein musste — war es möglich, dass eine minimale Fraktion der amerikanischen Mediziner sich derselben bemächtigte und die unerquicklichen Vorgänge inaugurirte, welche wir in nächster Nummer kurz und unparteiisch zu schildern vorhaben.

Dr. S. W. Gross, Philadelphia, theilt uns in einer Zuschrift mit, dass die Gesammtzahl der bis zum Datum seines Schreibens (19. December 1885) berichteten Nephrectomien 274 beträgt. Nämlich 233 von ihm zusammengestellte,* zu denen seitdem noch 41 dazu gekommen sind.

Zugleich macht er auf einen Irrthum in der von uns in No. 1, S. 39, nach von Bergmann aufgestellten Tabelle aufmerksam. Es ist in derselben die Zahl für die Geschwülste (68) zweimal gerechnet, so dass die Gesammtzahl in der Tabelle nur 204 betragen würde, die der Todesfälle 95 und das Mortalitäts-Procent 41,6.

Die Aufnahme, welche die New Yorker Medizinische Presse bei den deutsch-amerikanischen Collegen gefunden hat, bestätigt unsere Annahme, dass ein wirkliches Bedürfniss für ein derartiges Journal vorhanden war. Wir werden uns bemühen, uns die Gunst unserer Leser zu erhalten, indem wir die von uns redigirte Zeitschrift stets im Einklange mit den Principien führen, welche wir in dem Einführungsartikel der ersten Nummer niedergelegt haben.

In nächster Nummer werden wir die Veröffentlichung der Protokolle der Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte beginnen, welche uns zu diesem Zwecke überlassen worden sind.

Die Berichte der Deutschen Dispensary und der Deutschen Poliklinik, welche uns von den resp. Secretären zugestellt worden sind, noch bevor Ausgabe derselben in der üblichen Form, finden unsere Leser an anderer Stelle. Wir sagen unsern besten Dank!

Pasteur und die Lyssa.

Es bleibt — wie wir dies in unserer letzten Ausgabe bemerkten — eine auffallende Thatsache, dass beinahe gleichzeitig in fast allen civilisirten Ländern die sogenannte Tollwuth im Anschlusse an die Pasteur'schen Mittheilungen auftritt. Selbst wenn man die Frage der Echtheit dieser „Krankheit" im bejahenden Sinne zu beantworten geneigt ist, kann man unmöglich annehmen, dass eine so synchronische Entwicklung ausschliesslich durch directe Uebertragung des Giftes von Hund zu Hund (resp. Mensch) zu Stande kommen könne. Die Verfechter der Lyssa müssen eben ein gleichzeitiges Ausbrechen eines in der

* *Am. Journal of the Med. Sciences*, July 1885.

Hunderasse latenten Krankheitskeimes (vielleicht durch eigenthümliche tellurishe Verhältnisse zur Reife gebracht?) annehmen, um überhaupt die Identität, ja den spezifischen Character dieser Krankheit consequenterweise aufrecht erhalten zu können. Heute, wie vor zwanzig Jahren — als diese Angelegenheit die Gemüther in gleichem Maasse beschäftigte — liegt die Discussion, wie auch das Sammeln des derselben zu Grunde liegenden Materiales mehr in den Händen von Laien, als von Fachleuten. Es leiden daher beide — Material wie Discussion — an den unvermeidlichen Mängeln, die allen aus unzuverlässigen Quellen stammenden Thatsachen und Deductionen anhaften.

Wir glauben nicht zu weit zu gehen, wenn wir behaupten, dass die Lyssa vom klinischen Standpunkte aus betrachtet, weit davon entfernt ist, ein wohl charakterisirbares, einheitliches Krankheitsbild darzustellen. Ja, bei genauerer Betrachtung stellt es sich heraus, dass gerade jene Symptome, welche in den Lehrbüchern noch heute ihren Platz als diagnostische Kriterien behaupten, den Dichtungen und Deutungen des Mittelalters entnommen sind und dass sie heutzutage in den Tagesblättern, aber nicht am Krankenbette ihr Dasein fristen.

Seit zehn Jahren sind nur zwei Fälle in hiesiger Stadt als *Lyssa humana* bezeichnet worden. Der erste wurde vom *Coroner* gar nicht anerkannt! Die anatomische Untersuchung ward von ihm übrigens äusserst mangelhaft ausgeführt und konnte überhaupt nicht festgestellt werden, dass der Patient gebissen worden war.[1])

Im zweiten Falle befand sich ein tüchtiger Neurologe zufällig in der Gesellschaft eines consultirenden Spitalarztes, als demselben gemeldet wurde, es befinde sich ein Fall von Lyssa im Hospitale. Beim Betreten der Zelle (!) bemerkte man sofort einen gar nicht zu verkennenden Mäusegeruch; ein prachtvolles Exanthem bedeckte den Körper des Patienten, welcher im *Coma vigil* lag und hie und da von Hunden[2]) delirirte.

Der Fall war offenbar ein *Typhus exanthematicus;* die Sektion soll *Meningitis cerebro-spinalis epidemica* ergeben haben.

Weil nun dieser Patient von Hunden delirirte, hatte ein College Lyssa diagnostizirt; und besser wird's in vielen anderen Fällen auch nicht gemacht werden.

Es ist immerhin bemerkenswerth, dass aus neuerer Zeit publizirte Fälle, die dem sogen. typischen Bilde der Lyssa am meisten entsprechen von Dr. Kiernan, dem bekannten Chicagoer Irrenarzte, als *Mimicry of Hydrophobia by other Neuroses* bezeichnet worden sind. Dulles,* dessen gründliche wahrhaft kritische Zusammenstellung der einschlägigen Thatsachen wir Jedem, der sich für diese Frage interessirt, empfehlen, erklärt sich gegen die spezifische Natur dieser Krankheit.

Was nun die angeblichen Gewebsänderungen der Nervencentren bei Lyssa anbelangt, so decken sie sich einestheils — und hier ist auch während des Lebens der Fall einem abnormalen Tetanus, mit oder ohne Blutvergiftung ähnlich gewesen — mit den Veränderungen, wie sie bei

---

[1]) Dies war der vom verstorbenen Dr. Downes behandelte Fall.

[2]) Aber auch von anderen Dingen.

* *Disorders mistaken for Hydrophobia, by* Chas. W. Dulles, M. D.; *Transactions of the Medical Society of Pennsylvania,* 1884; auch: *Criticisms on the Specific Theory of Hydrophobia: Transactions of the College of Physicians of Philadelphia,* Third Series, Vol. VII; read December 3d, 1883.

letzteren Zuständen allein vorkommen oder sie werden künstlich erzeugt, wie dies von den von Benedikt und Hammond veröffentlichten Befunden behauptet werden muss. Vor circa neun Jahren schon stellte nämlich Spitzka fest, dass alle Einwirkung von Alcohol auf das Nervengewebe die Entwicklung rundlicher Körper bedinge, die als chemische Ausscheidungen und Niederschläge — Leucin — zu betrachten sind. Die meisten Befunde der Pathologen der Irrenanstalt in *Utica, N. Y.*, wie auch die *Miliary Sclerosis* Tuke's, die „schollenartigen Körper" Schüle's und die „glasige Entartung" Greiff's lassen sich auf solche Kunstprodukte zurückführen. Die von Benedikt und von Hammond (im Falle *McCormick*) beschriebenen und abgebildeten Kügelchen können nach Spitzka willkürlich in jedem gesunden menschlichen oder thierischen Gehirne erzielt werden, wenn dasselbe der Einwirkung der von diesen Forschern angewendeten Härtungsflüssigkeiten unterworfen wird.

Unter diesen Umständen dürfen wir die trostreiche Hoffnung hegen, dass es einer genaueren Forschung gelingen möge, das Nichtvorhandensein einer spezifischen, durch Biss übertragbaren Lyssa zu beweisen. Der Biss eines gehetzten Tigers gilt bekanntlich für giftig; es finden sich sogar Fälle erwähnt, dass beim Menschen unter gewissen psychischen Einwirkungen der Speichel eine giftige Beschaffenheit erhielt: die Möglichkeit der toxischen Wirkung eines Hundebisses ist desshalb zuzugeben. Unsere Pflicht is es aber nun :

Erstens: Dem Publikum die verständige Behandlung der Hausthiere überhaupt zu empfehlen ;

Zweitens: Die wirklichen — sehr seltenen — Krankheitsfälle sorgfältig zu beobachten und vor allen Dingen

Drittens: Bis Gegentheiliges fester begründet ist, beharrlich den furchtsamen Gebissenen — nicht, wie es Mode, ängstlich zu überwachen und auf diese Weise eine Angst-Psychose zu provoziren — sondern ihm die moralisch-beruhigende Versicherung zu geben, dass die befürchtete Krankheit nicht existire.

Was nun Pasteur anbelangt, sehen wir uns gezwungen, zu constatiren, dass die von ihm für seine Impfungen gegenwärtig betriebene Propaganda geeignet ist, bei jedem mit der Literatur bewanderten Mediziner gelinde Zweifel, ja geradezu einen peinlichen Eindruck wachzurufen.

Es ist nicht unsere Absicht und auch wohl nicht am Platze, die ganze Carrière Pasteur's (des pathologischen Experimentators) Revue passiren zu lassen. Dieselbe lässt sich kurz dahin zusammenfassen: Viele Versprechungen, vorläufige (und voreilige) Mittheilungen und sehr wenige, wenn überhaupt irgendwelche Resultate. — Als entschieden marktschreierisch und nicht sehr zutrauenerweckend müssen wir das Ausflüchtemachen und Sich-Drehen und -Wenden bezeichnen, dessen sich dieser Chemiker in letzter Zeit so häufig schuldig gemacht hat. Herr Guérin, ein Mitglied der Pariser Academie, hat bereits die Pasteur'schen Anthrax-Errungenschaften als illusorisch bezeichnet; auf uns machte das Benehmen Pasteur's bei der sich entspinnenden Debatte den Eindruck, als wenn er die Rolle eines Phrasenhelden und nicht die eines offenen wahrheitsliebenden Mannes spielte.

In unserer raschlebigen und vielschreibenden Zeit scheint wirklich so Manches der unparteiischen Kritik zu entgehen, was der Lächerlichkeit preisgegeben zu werden verdient. So schlug z. B. Pasteur, als der Milzbrand gerade in den von ihm geimpften Heerden wieder grosse

Verheerungen anrichtete, vor, dass der Regenwurm, weil er die Anthraxbacillen-haltige Erde vertheile, als der Träger des Contagiums ausgerottet werden sollte! *

Was nun die Impfung der Lyssa anbelangt, so scheint sie nach Guérin's letzten Auslassungen in der That nur eine milde Blutvergiftung zu erzeugen. Dass die Ankündigung Pasteur's, er könne die Lyssa Monate, ja selbst Jahre nach dem Bisse zum Abortiren bringen, sich nicht erfüllt hat, wissen wir bereits, da ein Mädchen an dieser vermeintlichen Krankheit 36 Tage nachdem sie gebissen, unter Pasteur's Behandlung gekommen und bald darauf gestorben ist. Uebrigens haben die Impfungen bei anderen Krankheiten bis jetzt blos da günstig gewirkt, so weit sich das eben feststellen lässt, wo dieselben v o r d e r I n f e k t i o n stattfinden konnten, wie z. B. bei den Pocken und bei der *Pleuropneumonia contagiosa* der Rinder, wo die präventive Inoculation bereits durch wilde Stämme in Afrika ausgeführt wurde. Es existirt also absolut keine Analogie für die Pasteur'sche Annahme; selbst Boekh von Christiania, welcher bezüglich seiner „Syphilisation" der Monomanie beschuldigt wurde, ging in dieser Richtung nicht weiter als Pasteur.

Nun kommt aber noch dazu, dass Pasteur, obgleich er ursprünglich e i n e u n b e s c h r ä n k t e Z e i t als durch seine Impfmethode gedeckt beanspruchte, nach Bekanntwerden des erwähnten Todesfalles v i e r W o c h e n als Sicherheitsperiode bezeichnete; als dann aber die Kinder von *Newark, N. J.*, ankamen, bedauerte er offenbar, um sich ein Schlupfloch offen zu lassen, d a s s d i e s e l b e n s o s p ä t (n ä m l i c h n a c h z w a n z i g T a g e n!) z u i h m gekommen seien, entschloss sich aber erst a u f D r ä n g e n d e s b e g l e i t e n d e n A r z t e s dazu, die Impfung noch am Abend des Ankunftstages vornehmen zu lassen. Alles dies ist gewiss nicht geeignet, einen guten Eindruck hervorzurufen.

Sehr verdächtig und geeignet, die ganze Lyssa-Episode Pasteur's *a priori* zu verdammen ist aber das Verhalten desselben gegenüber Dr. Billings, falls dasselbe wahrheitsgemäss berichtet sein sollte. Pasteur verlangte auf das Entschiedenste, dass die betr. wuthverdächtigen Hunde getödtet werden sollten, als dieser Herr ihm mittheilte, dass dieselben in *Newark* unter Beobachtung gehalten würden. Wie ihm Dr. Billings nun hierauf erwiderte: „Ja, wir wollen ja auf diese Weise feststellen, ob die Hunde wirklich toll sind und ob Ihre Impfmethode wirklichen Werth hat," soll Pasteur ausgerufen haben: *Excellent! Superbe!*

Dies Verhalten gleicht seinem Benehmen in der Seidenraupen-Angelegenheit. Herr Guérin hatte ihm nämlich *in re Anthracis* ziemlich zugesetzt;† da liess Pasteur kaltlächelnd erklären: Er habe jetzt den Milzbrand beseitigt und wolle sich nun nach den Seidenraupenzüchtereien im südlichen Frankreich begeben, um einen Micrococcus zu ent-

---

* Bekanntlich erstreckt sich (nach Darwin) das Terrain des armen *Lumbricus* auf fünfzehn Fuss Tiefe — wahrscheinlich beim *L. giganteus* vom Cap d. g. H. auf noch viel mehr. Man stelle sich nun die Ausrottung dieser Thierchen vor! Drei Monate lang müsste die ganze Erdkruste — und zwar gleichzeitig — so weit sie nicht durchfroren ist — mit einem noch im Schoosse der Zukunft ruhenden, sterilisirenden Agens durchtränkt werden. Viel organisches Leben bliebe dann überhaupt nicht übrig!

† Von den von Pasteur geimpften Heerden starben nämlich mehr Thiere an der Impfung, als sonst an Milzbrand gestorben wären.

decken, der die *Pebrina* (einen Parasiten der Larve von *Bombyx mori*) vernichten solle. Seit dieser famosen Ankündigung hat man von der ganzen Sache weiter nichts gehört, als dass ihm das Ackerbauministerium so und so viele Tausend Francs bewilligt habe. Die *Pebrina* florirt dabei lustig weiter und Herr Pasteur denkt gar nicht mehr an sein Versprechen.

Wenn es eine wirkliche Lyssa giebt, wenn dieselbe — vor oder nach dem Bisse — durch Impfung unterdrückt werden kann und zwar durch die Methode Pasteur's, so hat derselbe sich Verdienste um die Menschheit erworben, die ihm weit ausserhalb des Bereiches unserer, wie überhaupt jeder Kritik stellen. In diesem Falle würden wir die Ersten sein, ein solches grossartiges und segensreiches Verdienst mit rückhaltlosem Enthusiasmus anzuerkennen. Wie sich aber die ganze Angelegenheit jetzt dem ärztlichen Publikum darstellt, glauben wir im Vorstehenden richtig skizzirt zu haben. Dieselbe hat leider eine verdächtige Aehnlichkeit mit gewissen, historisch gewordenen Charlatanerien, die wenn nicht ihren Ursprung, so doch den günstigsten Boden für ihre Entwicklung in *"la belle France"* gefunden haben.

Dass die Frage der Möglichkeit einer psychischen Einwirkung selbst bei sehr frappant auftretenden Lyssakrämpfen eine eingehende Würdigung verdient, zeigt die Thatsache, dass ein französischer Psychiartiker*) neuerdings zwei Fälle von Epilepsie (bei einem Ehepaare) veröffentlicht hat, welche angeblich durch den Biss einer epileptischen Katze entstanden sind. Dieser Herr verneint übrigens die Möglichkeit einer psychischen Einwirkung, will es als eine wirkliche Uebertragung gelten lassen und dürfte hiermit Pasteur ein neues Feld eröffnet haben. (?)

Eine endgültige Lösung der Frage von der Uebertragbarkeit einer (echten) Lyssa erwarten wir von der genauen, sachverständigen Beobachtung von Fällen, in denen Hausthiere — die dem „psychischen Contagium" nicht unterworfen sind, wie der Mensch — von wirklich wuthtollen Hunden gebissen werden.

REFERATE.

Psychiatrie und Neurologie.

Sebastian Levy. — *Ein Fall von acutem, tödtlichem Irresein mit localisirten Krämpfen.* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin. S. 96.

Dass es unter den als transitorische Psychosen bezeichneten Fällen viele giebt, deren kurzer Verlauf zur Genesung führt, anderseits unter den die maniakalische Form des Delirium acutum repräsentirenden gelegentlich solche, die nach wenigen Tagen tödtlich enden, ist allgemein bekannt. Selten jedoch kommen nach Verfasser andere rasch verlaufende Fälle vor, welchen er den Namen *acutes tödtliches Irresein* geben will und deren einen er mittheilt, welcher übrigens mit drei von Ludw. Meyer aufgeführten und mit dem Namen der *acuten tödtlichen Hysterie* belegten Krankheitsbildern übereinstimmt.

Die 19jährige, früher stets gesunde Tochter einer überspannten hysterischen Frau, wurde wegen eines den Selbstmord ihres Liebhabers betreffenden und sie selbst stark compromittirenden Stadtgespräches ins Pensionat gebracht, wo sie zuerst durch Ueberempfindlichkeit, Trägheit

*) Planat, *Annales médico-psychologiques;* 1884, p. 383.

und kindisches Wesen, später auch durch grundloses Lachen und zuweilen heftiges und ungestümes Benehmen auffiel. Am 25. Oct. 1884, und zwar während sie zur Zeit ihrer Menstruation bei stürmischem Wetter einem Begräbnisse beiwohnte, zog sie sich einen unbedeutenden, unter mildem Fieber und Occipitalneuralgie eintretenden Katarrh zu. Schlaflose Nächte und heftiger werdende Kopfschmerzen folgten. Am Abend des 31. Oct., nach frühzeitigem Zubettgehen, verfiel sie in eine gewaltige Gemüthsbewegung, in welcher sie erst sang oder schrie, dazwischen in verworrene Aeusserungen ausbrechend, sodann einige Zeit lang ekstatisch dastand, schliesslich aber, und zwar nach wenigen Stunden, fast ihre völlige Ruhe und Klarheit wieder gewann. Am Abend des 1. Nov., wurde sie nach einem Anfall heftiger Tobsucht in die *Maison de Santé* zu Schöneberg-Berlin übergeführt.

Lungen, Herz und Harn zeigten nichts Pathologisches. Pat. verbrachte eine ruhige, aber schlaflose Nacht. Am 2. Nov., nach wiederholten tobsüchtigen Anfällen, warf sie sich plötzlich auf den Bauch und wurde besinnungslos; während der Kopf steif nach hinten gerichtet war, zeigten sich alle vier Extremitäten von klonischen Krämpfen ergriffen, welche 5 Minuten lang dauerten.

Täglich öfter auftretende Fälle von Tobsucht, Sopor, Convulsionen der linken Gesichtshälfte, zuweilen auch des linken Armes, mit stossweisen klagenden Schreien, stets schlaflose und unruhige Nächte folgten. — Am 5. Nov. beobachtete man rasch vergängliche dunkelrothe Flecken; vom 6. an unfreiwilligen Harnabgang und ununterbrochene Bewusstlosigkeit; nach dem 7. bei den Anfällen blutiger Schaum vor dem Munde. Am 8. ergriffen die Krämpfe auch die rechte Gesichtshälfte, den rechten Arm und die Beine.

Das Kniephänomen war nunmehr rechts verschwunden, aber links, wenn auch schwächer, erhalten; ausserdem constatirte man Pneumonie im rechten unteren Lungenlappen. — Puls am 4. Nov.: 120; am 5.: 120 bis 130; am 6. und 7.: 130 bis 140; am 8.: 160. — Temperatur allmälig von 38,4° bis 40,7° C. aufsteigend.

Gegen Mitternacht des 8. November hörten die Krämpfe auf und eine Stunde später erfolgte der Tod.

Unter den Umständen sah sich Verfasser nach Ausschliessung anderer Affectionen zu der Diagnose einer acuten eiterigen Meningitis veranlasst.

Bei der Section wurde Nachfolgendes erkannt: Mässiges Hirnödem. — Anämie der grauen Substanz und der grossen Ganglien. — Verfettung des Herzens, der Aortenintima und beider Nieren. — Schluckpneumonie des rechten unteren Lungenlappens. — Chronische Metritis. Cystöse Degeneration beider Ovarien. Dermoidcysten beider Ovarien (die mikroskopisch Haare, Knochenplättchen, sowie hyalinen Knorpel zeigten). — Oophoritis chronica fibrosa.

Verfasser führt die Krankheit auf das sexuelle Localleiden zurück, das durch eine heftige Erregung verschlimmert, Reflexvorgänge veranlasste, welche plötzlich die Psychose eines schon hereditär prädisponirten Individuums zur Erscheinung kommen liess; er gesteht übrigens, dass ihm trotz dieser Auffassung das Wesen der Krankheit dunkel bleibt.

Als Analoga zu dem seinigen erwähnt er drei von Meyer mitgetheilte Fälle, welche bei drei jungen Mädchen plötzlich mit Tobsucht auftraten und unter Fieber, hoher Pulsfrequenz, Coma und Convulsionen rasch zum Tode gelangten, und bei welchen die Section gleichfalls

keine wichtigen Veränderungen im Gehirn, auch keine Milzalteration, dagegen Verfettung des Herzens, Retroflexion des Uterus und Entzündung seiner Schleimhaut, in einem der Fälle ausserdem chronische Metritis ergab. Zwei der Autopsien zeigten auch cystöse Degeneration der Ovarien.

Verfasser glaubt, dass solche Fälle häufig als Delirium acutum oder als Meningitis bezeichnet und berichtet worden sind, weshalb er für diese räthselhafte Krankheit eine besondere Stellung in der Pathologie der Geisteskrankheiten für nöthig erachtet.

Douty J. Harrington. — *Notes and Remarks upon a case of villous Tumor in the Fourth Ventricle.* *Brain*, Part XXXI, p. 409.

Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines blässlichen, tuberculösen, siebzehnjährigen Knaben, der bereits mehrere Monate vor seiner Aufnahme in die Heilanstalt (Worcester County Asylum) an einer Schwächung und Mangelhaftigkeit des Seh- und Hörorgans litt; ausserdem in jüngster Zeit Incoordinationserscheinungen (ohne bemerkbare Parese) und Albuminurie darbot. Des Patienten Gang war ein entschieden taumelnder, gewöhnlich nach rechts haspelnder, der zugleich einen vorwärts drängenden Impuls verrieth und bald sein Niederfallen veranlasste. Beim Liegen war keine Incoordination erkennbar. Die Reflexe waren normal. Patient klagte über Schwindel und Occipitalschmerz. Ein vom Kranken controllirbarer Tremor wurde in der rechten, zuweilen auch in der linken Oberextremität bemerkt. Beide Augen zeigten sich nach links gerichtet, das rechte mit geschwächtem, das linke mit erloschenem Sehvermögen. Beim Bedecken des rechten Auges beobachtete man am linken eine beträchtliche Erweiterung und Unempfindlichkeit der Pupille, welche sich beim Blosslegen des ersteren beinahe bis auf's Normale wieder contrahirte. Es fand sich eine ausgedehnte Neuroretinitis. Das Gehör war schlecht, namentlich links. Geruch, Geschmack, Tast- und Temperatursinn unafficirt, electrische Erregbarkeit und Temperatur normal, Puls 66, Respiration 16, stumpfsinniger Geisteszustand, fortwährender Priapismus. Die Temperoparietalgegenden präsentirten eine Auftreibung.

Diagnose des Verfassers: Eine den Kleinhirnmittellappen einnehmende oder afficirende Läsion.

Der taumelnde Gang wich einem paralytischen bettlägerischen Zustand; die Sehstörung entwickelte sich zur völligen Blindheit; Taubheit folgte; der Stumpfsinn endlich ging in vollkommene Bewusstlosigkeit über. Hohes, ungefähr eine Woche andauerndes Fieber stellte sich ein, und Patient starb in comatösem Zustande dreizehn Wochen nach seiner Aufnahme.

Bei der Obduction fand man die Brust- und Abdominalorgane normal, abgesehen von einer schwachen Lungencongestion. Die Venen des Gehirns zeigten sich dunkel und ausgedehnt, alle Windungen auffallend platt, die Membranen ein wenig opalescent, aber frei. Schwarzgeronnenes Blut erfüllte die Sinus laterales; der Subarachnoidealraum enthielt reichliche Flüssigkeit.

Durchschnitte des Gehirns liessen eine dünne, blasse Rinde, sonst nichts Abnormes erkennen.

Ein fast hühnereigrosser, etwas höckeriger Tumor occupirte den geschwollenen, enorm ausgedehnten vierten Ventrikel, dessen Wandungen, glatt und glänzend, nirgends die Geschwulst berührten. Dieses Neo-

plasma, mittelst zweier zarter, häutiger Stränge an die Ventrikeldecke befestigt, zeigte sich beweglich und von weicher, gelatinöser Consistenz. Man bemerkte Verdickung des Velum interpositum, Erweiterung der Galenischen Venen, eine der Dicke eines Federkiels entsprechende Dilatation des Aquäducts und einen auffallenden Flüssigkeitsgehalt der sehr ausgedehnten Seitenventrikel.

Der Tumor erwies sich als villöser und stimmte in seinem Bau mit den Franzen der Plexus chorioidei überein.

G. Lacy Barrett. — *Case of Calcareous Gumma in the Brain.* Brain, Part XXXI, p. 413.

Dieser Fall betrifft einen 35jährigen Mann, der vor 12 Jahren Syphilis contrahirte, von Zeit zu Zeit Nachts an Kopfweh und drei Wochen vor seiner Aufnahme in's Spital an Krampfanfällen litt. Die Krämpfe begannen stets bei jedem Anfall in der Muskulatur des Nackens, wo sie am ausgesprochensten auftraten, ergriffen dann auch die der Arme und Beine und schliesslich die des Kehlkopfes. Die Paroxysmen wurden allmälig heftiger und häufiger, dauerten durchschnittlich 2 bis 3 Minuten an und wiederholten sich alle 15 bis 30 Minuten. Nach den Anfällen gewann Patient sofort sein Bewusstsein wieder. Die Anwendung specifischer Mittel beschränkte die Häufigkeit der Paroxysmen, doch nahm des Patienten Schwäche mehr und mehr zu, bis (5 Tage nach seiner Aufnahme) der Tod erfolgte.

Die Autopsie liess unter anderen Befunden in jedem der Seitenventrikel einen kleinen verkalkten, in dem entsprechenden Plexus choroideus eingebetteten Knoten erkennen, ausserdem in der Substanz des rechten Temperosphenoidallappens eine wallnussgrosse, harte Masse, die sich beim Durchschnitt als eine gummöse Cyste mit verkalkter Wandung erwies.

A. D. Onodi. — Ueber die Entwickelung des sympathischen Nervensystems. *Archiv für mikroskopische Anatomie.* Band XXVI. Heft 1. S. 61.

Nachdem Verfasser in der Einleitung seiner Abhandlung die auf die Entwickelung des sympathischen Nervensystems sich beziehenden Vorarbeiten von Remak, Kupfer, His, Balfour, Hensen, Bidder, Marshall, Schenk und Birdsall berührt hat, theilt er die Ergebnisse seiner eigenen, die Genese des Sympathicus betreffenden, zunächst an Embryonen der Selachier vorgenommenen Untersuchungen mit.

Vor Allem erkannte er, dass die als erste Erscheinungsform des Intervertebralganglions auftretende Ganglienleiste den an der dorsalen Seite des Medullarrohrs befindlichen Zellen entstammt, und dass die beiderseits nach vorn wachsende Ganglienkette eine segmentale Einschnürung erleidet, bevor sie sich vollständig abtrennt.

Bei einem 15mm. langen Embryo der Species *Scyllium canicula* erschien in der Höhe des distalen Mastdarmtheiles die bilaterale Ganglienkette eingeschnürt, während gegen den proximalen Theil des Embryos zu, an beiden Seiten des Medullarrohrs die alternirend auftretenden Intervertebralganglien aus einem stärkeren mittleren und einem schmächtigeren dorsalen und ventralen Theil bestehend in die Augen fielen; am proximalen Theil des Embryostammes fand sich unter der Chorda dorsalis an dem ventralen schmächtigen Ende des Interverte-

bralganglions als Folge beginnender Zellenproliferation eine dreiseitige Verdickung, die erste Anlage des sympathischen Ganglions in Gestalt einer vollständig abgetrennten Ganglienmasse an der medialen Seite des faserigen Nervenstammes dar.

Ein 25mm. langer Scylliumembryo zeigte viel weiter fortgeschrittene Verhältnisse. Während man nämlich im proximalen Theile des Embryostammes die Entwickelung des sympathischen Grenzstranges im Beginn begriffen sah, zeigte sich derselbe auf der Herzregion entsprechenden Querschnitten schon aufgebaut; die Kette des bilateralen Grenzstranges erschien in distaler Richtung eine Strecke hindurch ununterbrochen, und ihre durchschnittenen Ganglienbündel lagen der ventrolateralen Wand des Unterleibsgefässes sehr nahe, ihre convergenten unteren Enden dem Darmmesenterium gegenüber.

An einem 18 mm. langen Embryo der Species *Mustelus laevis* konnte das erste Auftreten der sympathischen Ganglien nicht mehr beobachtet werden; dieselben fanden sich isolirt, bereits stark entwickelt am proximalen Theile, in der Gegend des Herzens; tiefer unten, in der proximalen Gegend der Venae cardinales, lagen sie der dorsalen Wand der letzteren an, nur wenig vom Nervenstamme entfernt; stellenweise und zwar oberhalb der Vena cardinalis war das sympathische Ganglien mit dem Nervenstamm durch einen kleinen Stiel verbunden; in der Lebergegend und auch in etwas distaler Richtung fand sich die bilaterale Ganglienkette schon aufgebaut; mit dem Aufhören des sympathischen Grenzstranges traten die isolirten sympathischen Ganglien am dorsalen Theile der Vena cardinalis und des abgeschnürten Segmentalrohres auf.

Die Querschnitte eines 30 mm. langen *Scymnusembryos* wiesen den gut ausgeprägten proximalen Theil des Sympathicusgrenzstranges auf.

Bei den *Torpedoembryonen* konnte die erste Entwickelungsform der sympathischen Ganglien nicht aufgefunden werden; nur an einzelnen Stellen erwies sich ihre Abstammung in der Form gut ausgeprägter gangliöser Verbindung mit den Spinalganglien. Im proximalen Theile des Stammes eines 15 mm. langen Torpedoembryos erschien beiderseits der Grenzstrang schon aufgebaut; stellenweise waren die Ganglienbündel an seiner medialen Seite stärker verdickt und sassen ausserdem mittelst eines Zellenstieles dem faserigen Nervenstamm vollständig auf; auch erschien stellenweise das Ganglienbündel in der Richtung des Darmrohrs verlängert, wobei der Ganglionzellenfortsatz hier und da einzelne Nervenfasern enthielt; am distalen Theile fand die Continuität des Grenzstranges ihr Ende, wogegen isolirte sympathische Ganglien auftraten. Auf Querschnitten 10 mm. langer Torpedoembryonen zeigte sich der gangliöse bilaterale Grenzstrang im distalen Theile des Rumpfes ebenfalls besser entwickelt; am distalen Theile bildeten die abdominalen Ganglien in Folge von Vermehrung ihrer Zellen an verschiedenen Stellen in der Mittellinie einen gangliösen Bogen, aus welchem einzelne Nervenfortsätze und Nervenfasern zwischen den Venen in der Richtung des Mesenteriums vorwärts strebten ; von dem an der ventralen Wand der Vena cardinalis endigenden Ganglienfortsatz ging stellenweise eine als Verdickung sich kundgebende Proliferation aus, welche wieder als Ursprungsstätte peripherischer Fortsätze und Ganglien aufzufassen war.

So liess denn auch bei *Selachierembryonen* der erste Moment der Entwickelung des sympathischen Ganglions, welcher in der am distalen Ende des Intervertebralganglions vor sich gehenden Zellenvermehrung

zu Tage trat, die Thatsache sicher erkennen, dass der das sympathische Ganglion erzeugende Zellenproliferationsvorgang an einem aus dem Medullarrohr vorgeschobenen Gebilde sich vollzieht.

Das sympathische Ganglion wird allmälich abgeschnürt und entfernt sich in Folge des Wachsthums der zwischen ihm und dem Intervertebralganglion gelegenen Mesodermalzellen immer mehr von seinem Ursprungsort. — Sowohl die Entwickelung und Abschnürung der sympathischen Ganglien, als auch die Bildung des Grenzstranges geht im proximalen Theile des Rumpfes am schnellsten vor sich, und während die Elemente der abgetrennten sympathischen Ganglien in Folge des lebhaften Zellenproliferationsvorganges in sagittaler Richtung mit einander in Berührung kommen, werden sie durch Längscommisuren unter sich verbunden. Somit erweist sich der sympathische Grenzstrang als eine secundäre Bildung und zwar als das Product einer Zellenvermehrung in den abgelösten sympathischen Ganglien. Aus dem sympathischen Grenzstrang, wie auch noch vor der Bildung desselben aus den sympathischen Ganglien, entwickeln sich zuerst gangliöse, später faserige peripherische Aeste, aus denen durch Abschnürung grössere peripherische Ganglien hervorgehen.

Dr. R. Mollenhauer, *New York.*

Syphilologie.

Ueber die Virulenz des Bubo, welcher den weichen Schanker begleitet (Strauss in *Le Progrès Médical*, No. 29, 1884, und *L'Union Médical*, Dec. 23d, 1884.

Im *Hôpital du Midi* untersuchte Strauss in 42 Fällen den Eiter der Bubonen, welche auf weiche Schanker folgten, ohne nach den verschiedensten Färbungsmethoden einen specifischen Microorganismus zu entdecken. Die Bubonen waren in verschiedenen Stadien der Entwickelung, alle jedoch enthielten Eiter. Impfungen mit diesem Eiter blieben stets negativ, selbst zu einer Zeit, wo der vom Schanker entnommene Eiter positive Impfresultate lieferte. Verfasser ist daher der Ansicht, dass die Virulenz des geöffneten Bubo stets auf eine Verunreinigung mit dem Secrete des Schankers zurückzuführen sei, und dass die von Ricord und seinen Schülern vorgenommenen Impfungen mit Buboneneiter stets erfolglos geblieben wären, wenn man die nöthigen Cautelen zur Verhinderung der Verunreinigung der Impfstellen mit Schankereiter berücksichtigt hätte. Schliesslich hält Strauss sich zu dem Schlusse berechtigt, dass es nicht zwei Gattungen von Bubonen, welche Schanker begleiten, gäbe, sondern bloss eine, die anfänglich nicht virulent sei, und erst nach ihrer Eröffnung durch Contamination mit Schankereiter, virulente und schankröse Eigenschaften annehme.

Horteloup (*Annales de Dermatologie et Syphilographie*, 1885, p. 11.) In einem vor der *Societé de Chirurgie* gehaltenen Vortrage wendet sich Horteloup gegen die von Strauss gezogenen Schlüsse. Selbst wenn man die Strauss'schen Ansichten annehme, so sei es doch schwer zu verstehen, auf welche Weise virulente Bubonen in Individuen entständen, deren Schanker schon vor der Eröffnung der Bubonen vollständig geheilt und in denen daher die direkte Uebertragung des Secrets auf die Wunde eine Unmöglichkeit sei. Schon Ricord hätte sieben derartige Fälle mitgetheilt und Horteloup selbst bekam kürzlich einen einschlägigen Fall unter Beobachtung.

In diesen Fällen müsste man daher annehmen, dass der Bubo vom Schanker eines anderen Kranken inficirt worden sei. Schliesslich ist H. der Ansicht, dass, obschon der virulente Bubo im Vergleiche zu dem einfach-entzündlichen seltener sei als gewöhnlich angenommen wird, man doch sein Bestehen nicht abläugnen dürfe und dass Strauss in seinen Versuchen eine Reihe von günstigen Fällen angetroffen, und aus den erzielten Resultaten sich in seinen Schlüssen übereilt habe.

Prof. Gerhardt (*Sitzungsbericht der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg*, 1883), empfielt die von ihm unter den Namen *Plumbum causticum* eingeführte alkalische Bleioxydlösung (5 Theile Bleioxyd und 7 Theile Kalilauge.) Das Mittel soll zur raschen Beseitigung dieser oft hartnäckigen Wucherungen dienen. Die Wirkung desselben ist stets oberflächlich und wandelt die geätzte Stelle in einen schmierigen Brei um; wischt man diesen nun weg, so kann man mit der Aetzung fortfahren, bis schliesslich das ganze Kondylom gründlich zerstört ist. Der Vorzug dieses Mittels soll darin bestehen, dass die Aetzung genauer als mit anderen Aetzmitteln beschränkt werden kann. Grössere kondylomatöse Wucherungen müssen natürlich auf operativem Wege entfernt werden.

C. Pelizzari, (*Giornale ital. della malatt. vener. e della pell.* XIX, p. 36) berichtet über ein Zungengumma in einem kräftigen 65jährigen Manne, der sich vor dreiundvierzig Jahren ein Geschwür am Penis zuzog, dass von Roseola, Papeln und anderen frühzeitigen syphilitischen Erscheinungen gefolgt war, die nach einer sechswöchentlichen Behandlung gänzlich schwanden. Vor einem Monate etwa bemerkte er am Rande und an der Spitze der Zunge einige Knoten, die zerfielen und sich in Geschwüre umwandelten. Auf kleine Dosen Jodkalium und Sublimat wurde eine rasche Heilung erzielt.

Zur Aetiologie und Behandlung der Mercurialstomatitis. In Patienten, die sich einer Mercurialkur unterworfen, hatte Bockhardt (*Monatshefte für prakt. Dermatol.* 1885, p. 245) vielfach Gelegenheit, trotz der sorgfältigsten Mundhygiene und dem eifrigen Gebrauche von Kali chloricum, das Entstehen von *Stomatitis ulcerosa* zu beobachten, während andere Kranke, die die Mundpflege vollständig vernachlässigten, nicht allein von Geschwüren, sondern auch von Salivation und Schwellung der Schleimhaut verschont blieben. Aus diesen Gründen glaubt Bockhardt annehmen zu dürfen, dass die Geschwüre nicht, wie man sich gewöhnlich vorstellt, durch Vernachlässigung der Mundpflege bedingt seien, sondern durch die Einwirkung des Quecksilber enthaltenden Speichels.

In vielen Individuen findet man am unteren Theile der Wangenschleimhaut eine horizontale Leiste, welche gegen die Mundhöhle hervorragt. Diese Leiste soll durch Kaubewegungen entstanden sein, indem eine Schleimhautfalte zwischen die Zähne gerieth. Bei öfterer Wiederholung dieses Vorganges entsteht daher eine permanente Leiste. Eine andere Anomalie wird manchmal am Zahnfleische der hintersten unteren Mahlzähne beobachtet. Es soll nämlich häufig vorkommen, dass die hintere Hälfte der Mahlfläche der unteren Weisheitszähne permanent mit Zahnfleisch bedeckt bleibt. Beim Kauen wird nun dieses Zahnfleisch gedrückt und wird auch an der oben beschriebenen Leiste

seines Epithels verlustig. An diesen Stellen nun soll die Mercurialstomatitis beginnen. Durch eine Reihe von Untersuchungen wurde die Anwesenheit von Quecksilber im Speichel constatirt; sobald der Speichel Hg. enthält, übt er auf die epithellosen Partien einen fortdauernden Reiz aus und verhütet die Heilung der Erosion. Auf diesen Stellen siedeln sich nun Bacterien an und dies führt zur Necrose — dem ersten Stadium des Mercurialgeschwürs, das nun um sich greift und späterhin mit einem diphtheritischen Belag versehen wird. Die wesentliche Bedingung zur Entstehung der Mercurialgeschwüre liegt in der verhinderten Ueberhäutung der epithellosen Stellen durch den Quecksilber enthaltenden Speichel. Ausser den erwähnten Predilectionsstellen können durch einen cariösen Zahn Abschürfungen des Epithels an der Zunge und der Wange stattfinden, die sich in Mercurialgeschwüre umwandeln.

Ergiebt die Untersuchung der Mundhöhle des Patienten, bei dem man beabsichtigt, eine Mercurialkur einzuleiten, das Bestehen eines cariösen Zahnes, oder die obengenannten Anomalien, so muss die prophylactische Therapie die Verhütung der Mercurialstomatitis anzustreben suchen. Man applicire daher eine 5 bis 10%ige Tanninlösung, um die betreffenden Partien zu erhärten. Stellt sich trotzdem ein Mercurialgeschwür ein, so ätze man das Geschwür mit der von Gerhardt empfohlenen Bromsäure, und gebe innerlich Kali chloricum bis zu 10 gr. *pro die.* Lösungen von chlorsaurem Kali als Gurgelwasser haben sich als vollständig nutzlos erwiesen.

Dr. A. F. Buechler, New York.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgebung.

Regelmässige Sitzung vom 4. Januar 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann.
Secretär: Dr. Willi Meyer.

Die Sitzung wurde vom Präsidenten mit einer Antrittsrede eröffnet, in welcher er eine kurze Geschichte der Gesellschaft und ihres überraschenden Wachsthums unter seiner ersten Präsidentschaft im letzten Jahre gab. Er wies ferner auf die Thatsache hin, dass dieselbe eigentlich noch ein „Baby" sei, welches erst noch zeigen müsse, dass es stehen und gehen könne. Er forderte in dieser Beziehung namentlich zu fleissigem Arbeiten, nicht blos auf praktischem, sondern auch auf theoretischem Gebiete auf. Dies sei um so nothwendiger, als die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit der deutschen Aerzte in America im alten Vaterlande nicht so hoch angeschlagen werde, wie sie es verdiene, einzelne hervorragende Leistungen natürlich ausgenommen. Die Gesellschaft solle daher, dadurch dass jedes Mitglied durch Berichte über seine theoretischen und praktischen Erfahrungen und Betheiligung an den Diskussionen an der Thätigkeit der Gesellschaft theilnehme, ein Sammelpunkt für die deutschen Aerzte von New York und Umgebung werden und ein getreues Bild dessen geben, was deutsche Mediziner in ihrer Gesammtheit leisten können.

Der Vortragende schloss unter lautem Beifall.

Hierauf erhielt
Dr. H. J. Boldt das Wort zu seinem Vortrage über Cocain.
(Derselbe wird in No. 3 der N. Y. M. P. veröffentlicht werden.)

Discussion.

Dr. Willi Meyer berichtet über eine seiner Erfahrungen. Bei einer Patientin wandte er aus verschiedenen Gründen subcutane Injectionen von je 0,01 g. Cocain in Zwischenräumen von fünf Minuten an; das zweite Mal wurde dieselbe Dosis in Zwischenräumen von je zehn Minuten innerlich gereicht. Es trat Blässe des Gesichtes ein, wie Dr. Boldt dies geschildert. Der Puls stieg bis auf 120. Auffallend war eine Contraction sämmtlicher Flexoren, namentlich des Vorderarmes und der Finger. Der Zustand dauerte mindestens zehn Minuten an und ging ohne weitere Folgen in Wohlbefinden über.

Dr. Munde hat Cocain sehr oft angewendet, meistens als Einpinselungen einer 4 proc. Lösung bei Eröffnung von Abscessen der Bartholini'schen Drüsen oder anderen Operationen an Clitoris, Vulva, Vagina. &c. Ferner hat er es wohl ein paar Dutzend Mal injicirt, meist 5—10 Tropfen einer 4 proc. Lösung, in den Cervix, den Uterus, die Vagina, &c, namentlich in solchen Fällen, wo Patientin über nervöse Schmerzen klagte. Er hat niemals etwas von den erwähnten Erscheinungen gesehen. Er hält dies für zufällig.

Dr. Schapringer hat keine eigenen Erfahrungen zu berichten, doch weiss er von einem Falle, wo nach Einträufeln von Cocain in's Auge eines neunjährigen Knaben Erbrechen eintrat. Es wurde eine 2% Lösung von Squibb's Cocain angewendet. Er frug, welches Präparat Dr. Boldt angewendet habe.

Dr. Boldt: Dasjenige von Merck in Darmstadt.

Dr. Schapringer fragt ferner, was der Zustand der Pupillen in dem Pat., welcher Makropsie gehabt, gewesen sei.

Dr. Boldt: Eine geringe Erweiterung.

Dr. Schapringer glaubt, dass man dann erwarten müsse, eine sehr starke Dosis von Cocain verursache auch eine Lähmung der Accomodations-Muskeln und sollte dann eigentlich Mikropsie eintreten. Bei dem von ihm angeführten Falle sei die Pupille sehr klein gewesen; unter solchen Umständen könne Makropsie eintreten. Die Beobachtung Boldt's in Bezug auf Makropsie sei sehr interessant, weil sie seines Wissens noch nicht gemacht, also ganz neu sei.

Dr. F. Lange hat keine unangenehmen Symptome beobachtet, trotz vielfacher Anwendung des Cocains, allerdings in mässigen Dosen. Er hat es meist bei kleineren Operationen gebraucht, wo es werthvoll und wirkungsvoll ist, wie bei eingewachsenen Nägeln, Operationen an den Fingern etc. Eine 2% Lösung ist völlig genügend.

Dr. Landesberg erklärt das Grössersehen als eine Folge der Zerstreuungskreise. Eine Lähmung des Accomodationsmuskels durch Cocain ist bis jetzt noch nicht beobachtet worden. Er hat an sich selbst nur ein geringes Herausrücken des Nahepunktes beobachtet. Sein Nahepunkt war durch Cocaineinträufelungen bei einer normalen Distanz von 4" nur um wenig eLinien herausgerückt. In den zahlreichen Fällen, die er mit Cocaineinträufelungen behufs ophthalmoskopischer Untersuchung behandelt, fand er, dass diejenigen Patienten (welche die Atropinwirkung bereits kannten) überrascht waren, dass sie trotz der Pupillenerweiterung gerade so gut wie vorher die kleinste Schrift zu lesen im Stande waren. Er selbst hat auch keine anderen üblen Folgen gesehen, doch sind bekannt-

lich von vielen Augenärzten Fälle von Panophthalmitis etc. nach Cocaingebrauch berichtet worden, welche er in einem Referate für die N. Y. Med. Presse* zusammengestellt.

Dr. Spitzka ist der Ansicht des Vorredners, wenn das Grosssehen wirklich ein auffallendes Symptom gewesen ist. Es ist bekannt, dass Makropsie und Mikropsie aus rein psychischen Motiven entstehen können. Ein Accomodationsmuskelkrampf sei als Ursache nicht denkbar. Er erinnert an einen Schauspieler, welcher an Epilepsie litt und als derselbe einst auf offener Scene einen Anfall bekam, das ganze Auditorium immer kleiner und kleiner werden sah, bis das Bewusstsein schwand. Dies muss offenbar psychische Mikropsie gewesen sein. Dr. Boldt habe von Hallucinationen gesprochen, das würde stimmen. In Peru, wo die Cocablätter massenhaft gebraucht werden, weiss man nichts von Vergiftungen. Vielleicht hat sich die Rasse daran gewöhnt oder es ist dem Unterschied der Zubereitung zuzuschreiben. Die einzige Erfahrung, die er berichten wolle, habe er an sich selbst gemacht. Es handelte sich um die unerträglichen Schmerzen, welche ihm einige Furunkel des äusseren Gehörganges verursachten. Die Schmerzen wurden durch Cocain sofort gehoben, aber es folgte eine 14tägige Taubheit. Diese zu erklären, sei Sache der Ohrenärzte. Bei Melancholie habe er keine Wirkung gefunden, und in allen ernstlichen Fällen lasse das Mittel den Psychiatriker im Stiche.

Dr. Schapringer erwidert Dr. Landesberg, dass wenn die Vergrösserung der Pupille in der von ihm (L.) angeführten Weise Makropsie erzeuge, so müsste dieselbe jeden Abend beim Dunkelwerden eintreten, was bekanntlich nicht der Fall sei. Er betont nochmals, dass der Fall einzig sei. Gegen Dr. Spitzka führt er an, dass alle Makropsie und Mikropsie psychischer Natur sei, da das Retinalbild selbst sich ja nicht ändere.

Dr. Boldt weist darauf hin, dass er sehr oft beim Cocaingebrauche keine beunruhigenden Symptome beobachtet habe, dass er dieselben also durchaus nicht als Regel aufzustellen beabsichtigt habe. Er wollte nur zeigen, dass man bei Anwendung des Mittels sehr vorsichtig verfahren müsse.

Nach einer kurzen Executivsitzung hielt Dr. P. F. Munde seinen Vortrag über die Alexander'sche Operation. (Siehe Seite 57.)

Discussion.

Dr. Garrigues hat die Operation nicht ausgeführt. Es sei vieles dagegen einzuwenden. Er habe keine so geringe Meinung von der Behandlung mit Pessarien, wie der Redner. Freilich aber gebe es Fälle, die sich auch mit Hülfe derselben nicht heilen lassen, und es sei besonders ärgerlich, wenn sich die Retroflexion nicht nur nicht verbessere, sondern verschlimmere, indem der Uterus sich über das Pessarium zurückbiegt. Meistens werden mit Pessarien befriedigende Resultate erzielt und so lange wir die Patienten befriedigen, dürfen wir auch zufrieden sein. Könnten wir ein Mittel für Ausnahmsfälle finden, so sollten wir es mit Eifer ergreifen. Das scheine ihm aber diese Operation nicht zu sein. Dr. Munde habe bei seiner Erfahrung und Tüchtigkeit in der Hälfte der Fälle das Organ nicht finden können, um welches es sich handelt. Das sei doch schon ein grosser Uebelstand. Schlimmer aber werde es noch, wenn wir hören, dass wir die

* No. 1, S. 25 und 26.

Patienten einer Lebensgefahr aussetzen; denn es sei ja von den wenigen amerikanischen Fällen einer gestorben. Dann möchte er noch fragen, wie lange selbst nach gelungener Operation die Reposition andauern werde. Man denke an den Bau der Ligamente, ihre Grösse oder vielmehr ihre Kleinheit, und dann müsse es doch einleuchten, dass diese Gebilde im Laufe der Zeit nachgeben müssten und dass der Uterus sich dann wieder nach hinten begeben müsse.

Dr. von Ramdohr glaubt, dass Fälle, in denen sich der Uterus über das Pessarium zurückbiegt, gewöhnlich solche von Retroflexion mit Adhäsionen seien, in denen eine Hartgummi-Pessarien-Behandlung überhaupt nicht am Platze sei.

Dr. Boldt erwidert, dass sich der obere Bügel des Pessariums auch dann zuweilen in die Flexion hineinarbeitet, wenn keine Adhäsionen das Organ rückwärts fixiren.

Dr. Garrigues schliesst sich dem Vorredner an und meint, solche Fälle seien nicht selten, in denen etwa wegen zu kurzer Scheide das Pessarium sich gegen die hintere Uteruswand stützt.

Dr. von Ramdohr glaubt, dass wenn der retrovertirte Uterus einmal *in toto* vor das Promontorium gebracht sei — und nur in solchen Fällen sei ein Hartgummi-Pessarium am Platze — ein Pessar immer so passend gemacht werden könne, dass es den Uterus von der hintern Vaginalwand suspendirt halte und die Zurückbiegung über den Bügel immer verhindert werden könne.

Dr. Munde will die Frage der Pessarien nicht erörtern, da er kaum erwarte Anhänger zu finden. Die einfache Thatsache sei die, dass in allen Fällen, wo man Pessarien nicht anwenden kann, die Alexander'sche Operation vorgenommen werden solle. Dass es solche Fälle gebe, werde wohl Niemand bezweifeln. Er habe gegenwärtig einen Fall in Behandlung, der von Prof. Schröder in Berlin mit Pessarien behandelt wurde und zwar mussten dieselben der Natur des Falles nach ungeheuer gross sein. Er möchte in diesem Falle gern die Alexander'sche Operation machen, doch sei die Patientin bis jetzt noch nicht damit einverstanden.

Das jährliche Bankett

der Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend fand am 19. Dezember vorigen Jahres in dem Gebäude des Deutschen Liederkranzes statt.

Es hatten sich zwischen 80 und 90 Mitglieder und Gäste* eingefunden und war die Stimmung eine sehr animirte.

Der Reigen der Toaste wurde vom Präsidenten Dr. C. Heitzmann eröffnet.

Er begann damit, dass er die Anwesenden in origineller Weise als Republikaner begrüsste, deren Amerikanerthum sich am besten dadurch manifestirte, dass unter all' den vielen Collegen, welche an dem Bankette theilnehmen, er keinen erblickte, der einen Titel trüge. Keine Geheimräthe, keine Sanitätsräthe und dergl. seien gegenwärtig. Auch keine Orden schmückten die Anwesenden; ein frisches Blümchen sei der einzige Knopflochschmuck der getragen werde.

* Die meisten der Letzteren gehörten einem Stande an, der wohl nicht erst besonders genannt zu werden braucht. Uns wurde im Vertrauen mitgetheilt, dass der Vorsichtigste unter ihnen ausser verschiedenen *Emeticis* und *Purgantien*, ein Pfund *Pepsin* und ein Quart *Acid. muriaticum dilutum* in der Tasche hatte.

Trotzdem sei so Mancher unter den Theilnehmern, dessen Name nicht nur in New York und den Vereinigten Staaten, sondern in der ganzen medizinischen Welt einen guten Klang habe. Er sei stolz darauf, als Deutsch-Amerikaner heute Abend zu einer solchen Versammlung deutsch-amerikanischer Collegen sprechen zu können. Er betonte es, dass wir **Deutsch**-Amerikaner seien, d. h. Männer, welche, ob hier geboren oder drüben, doch die deutsche Abstammung nicht vergässen und über ihrer Liebe zu Amerika niemals die Thatsache aus den Augen liessen, dass das was sie sind, sie zum grossen Theile der deutschen Wissenschaft verdanken. Denn die Pflege der Medizin und ihre grossartige Entwicklung in den letzten Jahrzehnten sei doch dem alten Vaterlande drüben zum grössten Theile zu verdanken. Nach einigen humoristischen Worten über die Kolonisationsfrage und einer drastischen Schilderung alles Dessen, was die Collegen gerne im alten Vaterlande zurückgelassen, ging er auf den eigentlichen Gegenstand seiner *Speech* über: Die Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft Deutscher Aerzte.

Er bemerkte, dass dieselbe gegründet worden sei, um das wirklich Werthvolle, was die deutschen Aerzte mit hierher gebracht—die Medizin, wie sie in Deutschland gelehrt werde — zu bewahren, zu pflegen und mit ihr weiter fortzuschreiten. Daher sei es zuerst nur ein einfacher Lesezirkel gewesen, in welchem die Arbeiten fachwissenschaftlicher deutscher Journale gelesen und besprochen worden seien. Nach und nach haben sich mit der wachsenden Mitgliederzahl auch die Ziele der Gesellschaft erweitert und es seien Vorträge von Mitgliedern oder auch dann und wann von anderen tüchtigen Collegen, auf Einladung hin, gehalten worden. Hieran sich schliessende Discussionen, ferner Vorstellung von Patienten, Vorzeigen von Instrumenten, Demonstriren von Präparaten &c. — kurz der ganze Geschäftsgang einer wissenschaftlichen Gesellschaft sei naturgemäss in der Folge eingeführt worden. Dennoch habe die Med.-Chir. Gesellschaft nicht so recht gedeihen wollen. Als man vor einem Jahre dem Redner die Auszeichnung zu Theil werden liess, ihn zum Präsidenten zu wählen, da habe er sich vorgenommen, für die Gesellschaft mit aller Kraft und Hingebung zu arbeiten. Und die Ausführung dieses seines Vorsatzes habe das gewünschte Resultat gehabt. Die Zahl der Mitglieder sei bis auf 145 gestiegen und die rege Theilnahme der deutschen Aerzte sei der beste Beweis, dass ein solcher Sammelpunkt ein unabweisliches Bedürfniss gewesen.

Zum Schlusse proponirte Dr. Heitzmann ein dreimaliges Hoch auf die Gesellschaft, ein Vorschlag, welchem von den Anwesenden unter grossem Beifall in demonstrativer Weise nachgekommen wurde.

Der nächste Sprecher (in Vertretung) war Dr. Leonard Weber, der neuerwählte Vicepräsident, welcher ein Hoch auf die Beamten ausbrachte.

Ihm folgte Dr. A. Jacobi. Derselbe schilderte in anschaulicher Weise die Geschichte der deutschen Medizin und der deutschen Mediziner in New York. Er entrollte ein Bild aller der verschiedenen Phasen, welche das Leben und Wirken der deutschen Mediziner in der Metropole des westlichen Continentes durchlaufen hat und verweilte namentlich bei den Verdiensten des leider zu früh verstorbenen Ernst Krackowizer, mit dem ihn jahrelange Freundschaft und gleiches Streben eng verband. Das Streben nämlich, dem wissenschaftlich gebildeten deutschen Mediziner Einfluss und Ansehen bei den amerikanischen Collegen zu verschaffen. Er ermahnte im Hinblicke auf die in dieser

Beziehung erreichten Erfolge die anwesenden Collegen, die Pflege der medizinischen Wissenschaft auch fernerhin zu ihrer höchsten Aufgabe zu machen und schloss unter allgemeinen Beifallsbezeigungen.

Es sprach dann in humoristischen, oft von Beifall unterbrochenen Worten Dr. Leonard Weber über die Annehmlichkeiten und Unannehmlichkeiten der ärztlichen Praxis. Aus den zahlreichen praktischen Winken und Rathschlägen an seine jüngeren Collegen, welche Redner aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen einzuflechten verstand, sei namentlich einer hervorgehoben. Derselbe ging dahin, dass es sehr vortheilhaft sei, über die in der Praxis vorkommenden Fälle Protokoll zu führen oder doch wenigstens kurze Notizen zu machen.

Die Befolgung dieses trefflichen Rathes empfehlen wir unseren Lesern auf das Angelegentlichste, nicht etwa deshalb, weil wir dabei z. Th. *pro domo* sprechen, sondern *on general principles!*

Den Schluss der Toaste bildete ein von Dr. C. A. von Ramdohr gesprochener, welcher auf dem Programm als ein auf die Frauen gemünzter angegeben war. Thatsache ist, dass der Redner sehr häufig der Frauen Erwähnung that, so weit man vor'm eigenen Lachen und vor'm Lachen der Anderen hören konnte. Alles war eben so durchaus in der bekannten anregenden und erheiternden Manier des Sprechenden gehalten, dass eine Wiedergabe nur schwächend wirken müsste.

Damit war die Reihe der officiellen Toaste geschlossen, das spätere Toasten musste deshalb privatim und im engeren Zirkel geschehen und geschah auch also.

Man trennte sich zu später Stunde, zum Theil in sehr animirter Stimmung.

Auszug aus dem 28. Jahresbericht des Deutschen Dispensary der Stadt New York, 137 2. Ave.

Die Anstalt war jeden Tag mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage von 1 bis 7 Uhr offen.

Um die im Deut. Dispensary während des Jahres 1885 geleistete Arbeit einigermassen würdigen zu können, mögen folgende Angaben hier Platz finden:

Es wurden 33,496 Patienten behandelt
und 79,252 Ordinationen ertheilt.

Diese Arbeit wurde von 33 Aerzten geleistet. Die Thätigkeit eines Arztes für ein Jahr in Ordinationen ausgedrückt = 2401 Ordinationen.

Die höchste Patientenzahl betrug im Dispensary an einem Tag 378
die niedrigste „ „ „ „ „ „ „ 110
Gesammtzahl der Patienten seit Gründung der Anstalt 463,417.

Thätigkeit der einzelnen Abtheilungen:

Augenabtheilung: 3 bis 4 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag,	Dienstag, Donnerstag, Samstag,
Dr. E. Fridenberg.	Dr. A. Schapringer.

Gesammtzahl der Patienten 2,296.
„ „ Besuche 4,557.
Durchschnittszahl pro Tag 14.
Grössere Operationen 34.

Chirurgische Abtheilung: 4 bis 5 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag:	Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. A. Fridenberg.	Dr. G. Degner.
Dr. W. Meyer.*	Dr. E. Schottky.

5,521 Patienten. 13,218 Besuche.
Im Durchschnitt 43 Patienten täglich.
150 grosse Operationen. Viele kleine.

Haut- und Venerische Krankheiten: 2 bis 3 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag:	Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. C. Kremer.	Dr. H. Klotz.
Dr. I. Oberndorfer.	Dr. C. Nicolai.
3,238 Patienten.	9,275 Besuche.

Im Durchschnitt 30 Patienten täglich.

Innere Abtheilung, (Frauen): 4 bis 5 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag:	Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. W. Balser.	Dr. F. Heppenheimer.
Dr. H. Kudlich.	Dr. E. Tiegel.
Dr. B. Morjé.	Dr. G. Pintér.*
4,979 Patienten.	11,232 Besuche.

Im Durchschnitt 37 Patienten täglich.

Innere Abtheilung, (Männer): 4 bis 5 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag:	Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. E. Lauer.	Dr. F. Serr.
Dr. A. Seessel.	Dr. J. Schmitt.
Dr. M. Toeplitz.*	Dr. F. Mechtold.
4,812 Patienten.	11,704 Besuche.

Im Durchschnitt 38 Patienten täglich.

Hals- und Ohren-Abtheilung: 4 bis 5 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag:	Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. J. W. Gleitsmann.	Dr. D'Oench.
	Dr. Guttmann.*
3,156 Patienten.	8,223 Besuche.

Im Durchschnitt 27 Patienten täglich.
134 Operationen.

Kinder-Abtheilung: 3 bis 4 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag:	Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. A. Caillé.	Dr. A. Seibert.
Dr. J. Scheider.	Dr. F. Krug.*
4,792 Patienten.	9,741 Besuche.

Im Durchschnitt 32 Patienten täglich.

Ausgetheilt wurden im Laufe des Jahres mehrere tausend Billets für das St. John's Guild Floating Hospital, — Diät-Karten, — Verhaltungs-Massregeln zur Verhütung von Kinderkrankheiten und Anweisungen auf die "Diet-Kitchen" für Suppe, Milch, Schleim etc.

Nerven-Abtheilung: 2 bis 3 Uhr.

Montag, Mittwoch, Freitag:	Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. G. W. Jacoby.	Dr. J. Rudisch.
606 Patienten.	5,410 Besuche.

Im Durchschnitt 18 Patienten täglich.

Frauen-Abtheilung: 3 bis 4 Uhr.

Montag, Donnerstag:	Dienstag, Freitag:	Mittwoch, Samstag:
Dr. L. Straus.	Dr. J. Kucher.	Dr. H. J. Garrigues.
1,427 Patienten.	3,423 Besuche,	

Im Durchschnitt 11 Patienten täglich.

Zahnarzt: Herr Vetter. 1½ bis 2 Uhr.
2,669 Patienten. 8 pro Tag.

Apotheker: Herr I. Rutenick.
Assistent: Herr J. Scheidemantel.

45,882 Recepte
25,265 „ à 10 Ct.
20,617 „ gratis.

Im Durchschnitt 150 Recepte pro Tag.

Das Collegium der Aerzte
bestand am 1. Januar 1885 aus 30 Mitgliedern und 5 Mitarbeitern.

---

* Mitarbeiter.

Im Februar verloren wir durch den Tod unser ältestes actives Mitglied
Dr. Ludwig Bopp.

Die 16jährige Thätigkeit des Verstorbenen am *Deutschen Dispensary* ist an und für sich ein Beleg für seine Strebsamkeit als Arzt und ein bleibendes Denkmal seiner humanen Gesinnung. Die Mitglieder des Vereins schätzten den ehrenhaften Charakter des Dahingeschiedenen und legten hohen Werth auf seine Fähigkeiten und Fachkenntnisse.

Ausgetreten während des Jahres sind:
Dr. A. Gerster, Dr. E. Gruening, Dr. F. Lange.

Neue Mitglieder bekam der Verein durch die Aufnahme von
Dr. G. Stein, Dr. F. Mechtold, Dr. E. Tiegel, Dr. C. Nicolai.

Neue Mitarbeiter;
Dr. W. Meyer, Dr. G. Pintér, Dr. F. Krug, Dr. F. D'Oench,
Dr. F. Guttmann, Dr. M. Töplitz.

Das Executiv-Comité bestand aus den Collegen:
Dr. L. Straus, Dr. Wm. Balser, Dr. Aug. Caillé.

Special-Comités.

Das Comité zur Revision unserer Dispensary-Pharmacopöe (Dr. Balser, Dr. Heppenheimer, Dr. Scheider) entledigte sich seiner Pflicht in vorzüglicher Weise.

Eine auf *Cardboard* gedruckte, nicht allzugrosse Liste von Medicamenten und Präparaten ist an jedem Arbeitstisch angebracht worden, wodurch eine einheitliche Ordination und ein rascheres Dispensiren erzielt wird.

Die im vorigen Jahre durch die Collegen Dr. Degner, Dr. Seibert und Dr. Serr eingeleitete Controlle zur Abhaltung zahlungsfähiger Patienten ist in diesem Jahre unter der Aufsicht des Executiv-Comités durchgeführt worden, und zwar in folgender Weise:

Die Aerzte der Anstalt sind verpflichtet:

1. Solche Applicanten, welche zahlungsfähig sind, sofort abzuweisen;
2. Zweifelhafte Fälle anzunehmen und speciell zu notiren.

Am Abend eines jeden Arbeitstages übermittelt der Hausmeister die Liste der notirten Namen und Addressen an die *Charity Organization Society*, welche für uns die Inspection in den Häusern übernimmt und binnen 2 bis 3 Tagen berichtet.

Der erste Bericht über die Wirksamkeit dieser Maassregel für die Monate Januar, Februar, März wurde von Dr. Straus im *N. Y. Medical Record* veröffentlicht.

Im verflossenen Jahre haben wir etwa 500 Patienten direct abgewiesen, und *in toto* 479 zweifelhafte Fälle zur Anzeige gebracht, über welche wir folgenden Bericht erhielten:

Vollkommen zahlungsfähig	205
Nicht „	130
Falsche Adressen	144

Durch die Liberalität unseres Verwaltungsrathes bleibt das Deutsche Dispensary bis auf Weiteres Mitglied der *Charity Organization Society* (mit Beitrag) und ist somit in der Lage, den Missbrauch der Anstalt von Seiten zahlungsfähiger und deshalb unwürdiger Leute — so gut es eben geht, zu verhindern.

Wissenschaftliche Zusammenkunft des Dispensary-Vereins.

Seitdem uns im neuen Gebäude ein geräumiges und elegantes Versammlungszimmer zur Verfügung steht, werden die Wissenschaftlichen Abende im eigenen Haus abgehalten. Am 2. Freitag eines jeden Monats, mit Ausnahme von Juli und August, hält ein Mitglied einen längeren Vortrag, an welchen sich eine Discussion anschliesst. Mitglieder haben das Recht, Gäste einzuführen.

Der erste Vortrag im Dispensary-Gebäude wurde von Dr. L. Conrad gehalten
über Gallensteine und Wanderniere.

Im November sprach Dr. A. Jacobi,
über 1. Stomatitis Materna, und
2. Diagnose der Peritonitis.

Im December, Dr. A. Caillé,
über 1. Acute Carbolvergiftung und
2. Drainage der Bauchhöhle bei Ascites.

Anmeldungen zum Vortrage sind zahlreich eingelaufen, so dass die Aussichten für eine rege wissenschaftliche Thätigkeit ausserordentlich günstig sind.

Die Bibliothek und der Journalen-Zirkel.

Unsere reichhaltige Bibliothek fachwissenschaftlicher Journale erhielt im Laufe des Jahres durch Ankauf und Donation bedeutenden Zuschuss und wurde von Mitgliedern, sowie fremden Collegen fleissig besucht. Da für die circulirende Mappe eine Anzahl der beliebtesten Zeitschriften doppelt gehalten wird, kommen dieselben rechtzeitig in die Hände der am Journalen-Zirkel theilnehmenden Collegen. Unser Bibliothekar Herr Dr. Klotz verdient für die mühevolle Verwaltung der Bibliothek und der Wandermappe und für das tiefe Interesse, welches er zum Gedeihen beider Institute denselben entgegenbringt, unseren herzlichen Dank.

Dr. August Caillé,
Secretär.

New York, am 5. Januar, 1886.

Auszug aus dem dritten Jahresberichte der Deutschen Poliklinik der Stadt New York, 411 6. Str.

Es wurden im Jahre 1885:

9,949 Patienten behandelt,
38,196 Ordinationen ertheilt und
20,256 Rezepte verschrieben. Diese Arbeit wurde von
25 Aerzten
geleistet.

Die höchste Patientenzahl betrug an einem Tage: 176.
die niedrigste: 38.

Die gesammte Thätigkeit der Anstalt seit ihrer Gründung (17. Mai 1883) stellt sich also folgendermassen dar:

	Patienten.	Ordinationen.	Rezepte.
1883	2869	8,700	6,000
1884	7638	31,163	19,106
1885	9949	38,196	20,256
Zusammen	20,449	78,059	45,362

Die Anstalt war jeden Tag, mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage, von 1—5 Uhr geöffnet und zwar:

Für Augen-	Krankheiten,	von	2—3 Uhr.
„ Kinder-	„	„	1—2 „
„ Frauen-	„	„	3—4 „
„ Ohren- u. Hals-	„	„	3—4 „
„ Nerven-	„	„	3—4 „
„ Haut-	„	„	3—4 „
„ Chirurgische	„	„	4—5 „
„ Innere	„	„	4—5 „
„ Zähne,		„	1—2 „

Thätigkeit der einzelnen Abtheilungen.

Augenabtheilung.

Dr. F. Mathews. Dr. M. Landesberg.*
Gesammtzahl der Patienten..... 402.
„ „ Besuche.....1559.

Kinderabtheilung.

Dr. Geo. C. Stiebeling. Dr. H. Hackeling.
Dr. Geo. W. Rachel. Dr. A. H. Stiebeling.*
Gesammtzahl der Patienten..... 1696.
„ „ Besuche..... 3890.

Frauenabtheilung.

Dr. C. A. von Ramdohr. Dr. H. J. Boldt.
Dr. J. Schmitt. Dr. C. E. Denhard.*
Gesammtzahl der Patienten..... 868.
„ „ Besuche.....4420.

Ohren- und Halsabtheilung.

Dr. S. Kohn. Dr. T. W. Busche.
Gesammtzahl der Patienten..... 675.
„ „ Besuche.....2564.

Nervenabtheilung.

Dr. F. De Kraft. Dr. E. C. Spitzka.
Dr. E. Tiegel.* Dr. R. Mollenhauer.*
Gesammtzahl der Patienten..... 410.
„ „ Besuche.....2457.

Haut- und Venerische Abtheilung.

Dr. L. Weiss. Dr. J. Morvay-Rottenberg.*
Gesammtzahl der Patienten..... 802.
„ „ Besuche.....2037.

Chirurgische Abtheilung.

Dr. W. Guden. Dr. C. W. Beck.
Dr. A. H. Stiebeling.*
Gesammtzahl der Patienten.....1270.
„ „ Besuche.....4830.

Innere Abtheilung.

Dr. J. H. Tyndale. Dr. J. Glaser.
Dr. A. L. Aronson. Dr. F. W. Lilienthal.
Dr. L. Price.*
Gesammtzahl der Patienten.....2854.
„ „ Besuche.....6669.

Die Zahnpatienten wurden von Dr. Bergmann behandelt. Ihre Zahl belief sich auf: 970.

Die Apotheke wurde von Herrn Leo. P. Aronson verwaltet; es wurden angefertigt:

20,449 Recepte,
davon: 17,784 „ à 10c,
2,472 „ gratis.

Pro Tag im Durchschnitt: 69.

Das Collegium der Aerzte bestand am 1. Januar 1885 aus 17 Mitgliedern und 6 Mitarbeitern.

Es resignirten während des Jahres
Dr. L. Putzel, Dr. A. F. Büchler, Dr. O. Huebner.

Neu aufgenommen wurden als Mitglieder:
Dr. C. W. Beck, Dr. F. Mathews,
Dr. T. W. Busche, Dr. E. C. Spitzka,
Dr. J. Schmitt, Dr. E. Tiegel.

Als Mitarbeiter:
Dr. J. Morvay-Rottenberg. Dr. M. Landesberg, Dr. R. Mollenhauer.

Das Executiv-Committee bestand aus den Herren:
Dr. C. E. Denhard, Dr. Kohn, Dr. Tyndale.
welchen *ex-officio* die Beamten des Verwaltungsrathes, die Herren:
Chas. J. Nehrbas, Präsident,
Geo. W. Rachel, Vice-Präsident,
Jos. Glaser, Schatzmeister,
G. A. von Rahmdohr, Secretär,
beigegeben waren.

Durch einen am 11. October 1883 vom Verwaltungsrathe gefassten Beschluss wurde es den Abtheilungs-Aerzten ausdrücklich zur Pflicht gemacht, nur wirklich Unbemittelte in Behandlung zu nehmen. Im Einklange mit der Tendenz dieses Beschlusses trat die Poliklinik der seitdem gegründeten *Charity Organisation Society* bei, um den Aerzten die Fernhaltung unwürdiger, d. h. zahlungsfähiger Applicanten zu erleichtern, ohne dem humanitären Zwecke der Anstalt zu schaden. Der Erfolg dieses Verfahrens macht sich bereits bemerkbar und wird die Poliklinik deshalb auch in Zukunft sich der Dienste der *Charity Organisation Society* durch Zahlung ihres regelmässigen Beitrages versichern.

* Mitarbeiter.

Die im Anfange des Jahres begonnenen wissenschaftlichen Znsammenkünfte wurden eingestellt und den Collegen empfohlen ihre ganze Kraft den beiden grösseren medizinisch-wissenschaftlichen Organisationen zu widmen.

Der von Dr. Hackeling in der anerkennenswerthesten Weise verwaltete Lesezirkel giebt den Mitgliedern Gelegenheit, sich die beste Fach-Literatur, namentlich die des alten Vaterlandes, in leichtester Weise zugänglich zu machen.

Das Emporblühen der Anstalt wurde nicht zum geringsten Theile dadurch ermöglicht, dass die an derselben wirkenden Aerzte, wie bisher, auch in diesem Jahre keine Geldopfer scheuten.

New York, 11. Januar 1886.

Dr. C. A. von Rahmdohr, Secr.

Correspondenzen.

Philadelphia, Pa., im Januar 1886.

Es geht eben so Manches vor hier in medizinischen Kreisen. Die internationale Congressfrage steht noch immer — wenn auch nicht officiell — auf der Tagesordnung. Unsere besten Mediciner wollen mit der ganzen Angelegenheit überhaupt nichts mehr zu thun haben, so lange das ursprüngliche *Committee of Arrangements* nicht wieder eingestellt worden ist, damit es seine bis zur Zeit der Expulsion so schön vorwärts gebrachte Arbeit fortsetzen und vollenden könne. Es genügt nicht, die zwei Männer in den Hintergrund gedrängt zu haben, welche die ganze Geschichte angestiftet haben und vielleicht jetzt darüber lachen, weil es ihnen, wie sie denken gelungen ist, tüchtige, wissenschaftlich gebildete Männer verdrängt und gedemüthigt zu haben.

Leider ist es jetzt beinahe unmöglich, die unseren trefflichen Collegen angethane Kränkung wieder gut zu machen. Denken Sie sich nur, was das heisst, wenn Leute wie Stillé, Leidy, Weir Mitchell, Agnew und Gross zurückgesetzt werden, wegen Leuten wie — nun ich brauche sie ja nicht zu nennen.

Einer von ihnen, vielleicht der entschiedenste Vertheidiger des neuen Comité's, ist der Arzt, welcher kürzlich den Weg zur grössten Notorietät gefunden. Er erklärte bekanntlich den verstorbenen Schauspieler McCullough für nicht geisteskrank und rief in dessen Freunden und Verwandten die falsche Hoffnung wach, er könne vielleicht wieder genesen. Der Kranke starb wenige Tage nach seiner Ueberführung nach hier, wie es die Aerzte der Anstalt in *Bloomingdale* vorausgesagt hatten.

Bei der Section fanden die betr. Aerzte die Läsionen einer chronischen Arteriitis; an einigen Stellen war die *Dura* mit dem Schädel und an anderen die *Pia* mit dem Gehirn verwachsen. Darauf hin paradirte man als Todesursache in allen (täglichen!) Zeitungen eine Blutdyskrasie (fälschlich *Bloodpoisoning*). Doch sollte damit eine Endarteriitis auf luetischer Grundlage gemeint sein, was vielleicht der Publicität halber nur unklar ausgesprochen wurde.

Im vorigen Monat hatten wir das Unglück, einen unserer besten und tüchtigsten Collegen zu verlieren. Ich meine Dr. Albert H. Smith, welcher mit Recht eines guten Rufes als Geburtshelfer, als Gynäkolog, sowie als Pädiatriker sich erfreute. Er war eine allgemein beliebte Persönlichkeit und wird von seinen hiesigen Collegen ebenso vermisst werden, wie von so manchem Ihrer Leser in New York. Er war kaum 51 Jahr alt geworden, als ihn ein sehr schmerzhaftes Blasenleiden hinwegraffte.

Sir Henry Thompson, den er letzten Sommer consultirte, stellte ihm eine bessere Prognose, als seine hiesigen Freunde; leider sollten die letzteren Recht behalten. *Requiescat in pace!*

Am 4. Januar fand eine Sitzung der hiesigen *Academy of Surgery* statt, welche von Dr. R. J. Levis mit einer jährlichen Ansprache eröffnet wurde. Sein Thema war:

Impediments to the Progress of American Surgery.

Er glaubt, dass eine der Hauptursachen, welche die Tendenz haben, diesen Fortschritt zu verhindern, der Mangel an festerer und allgemeinerer Organisation ist. Er forderte deshalb zu allseitiger Unterstützung des Comité's für Collectiv-Investigationen auf, welches vom letzten Internationalen Medizinischen Congress ernannt worden ist. Er erwähnte ferner den schädlichen Einfluss, welchen der Umstand hat, dass hiesige Verleger die Werke ausländischer Autoren billiger nachdrucken können, als ihnen die gleichen Themata behandelnden Werke hiesiger Autoren zu stehen kommen. Er sprach aus dem Grunde lebhaft für die Annahme eines internationalen Gesetzes zum Schutze inländischer Autoren.

Er fügte hinzu, dass von Seiten der Facultäten so mancher medizinischen *Colleges* hierzulande Lehrbücher von Ausländern für die Studenten eingeführt werden, anstatt solche hiesiger Autoren zu empfehlen, doch wohl nur aus Eifersüchtelei gegen Professoren anderer *Colleges*, da deren Werke oft ebenso gut sind, wie die ersteren. Er wies ferner darauf hin, welches reiche Material verloren gehe durch die riesigen Entfernungen, indem Aerzte, die in abgelegenen kleineren Orten prakticiren, keine Gelegenheit zu mündlichen Mittheilungen hätten und zum Schreiben nicht immer aufgelegt oder veranlagt seien. Trotzdem haben sich ausnahmsweise manche Aerzte in kleineren Städten oder auf dem Lande einen guten Namen zu machen verstanden.

Die Vivisectionsfrage, welche in letzter Zeit durch Ablehnen des Antivivisectionsgesetzes in der Legislatur von Pennsylvania in den Vordergrund getreten ist, wurde ebenfalls von ihm behandelt. Er deutete in ziemlich sarkastischer Weise darauf hin, dass die Herren Antivivisectionisten sich ihre vorerwähnte Niederlage selbst zugezogen haben, da dieses Gesetz seiner Form nach als Hebel zum baldigen Verbote jedweder Vivisectionen benutzt werden sollte. Mit einer Gesetzesvorlage, welche die Regelung solcher Experimente in vernünftiger Weise angestrebt hätte, wären Viele einverstanden gewesen, die der verworfenen Vorlage auf's heftigste opponirten und ihre Annahme verhindern halfen.

Dr. Lewis berührte noch so manche Punkte von allgemeinerem Interesse, doch zeigte die vorstehende Skizze wohl zur Genüge, wie interessant und anregend die Ansprache war.

Was nun die Stellung der hiesigen Mediziner zu den schier unglaublichen Nachrichten aus Paris anbelangt — die Pasteur'schen Impfungen betreffend — so muss ich sagen, dass die Ansichten derselben wohl ungefähr mit denjenigen übereinstimmen werden, welche Dr. Spitzka in einem *Interview* mit einem Berichterstatter des *N. Y. Herald* geäussert. Dieselben waren bekanntlich sehr gemässigter Natur. Man ist hier durchaus nicht geneigt, sich durch einige Behauptungen Pasteur's oder durch den Umstand, dass er eine Anzahl Personen behandelt, welche von tollen Hunden gebissen zu sein glauben — den Kopf verdrehen zu lassen. Es ist Aussicht vorhanden, dass diese Angelegenheit in nächster Zeit in einer hiesigen Gesellschaft einer wissenschaftlichen Discussion unterworfen werden wird und es ist nicht die geringste Aussicht vorhanden, dass man sich hier zu der Absurdität hinreissen lässt, sogenannte Pasteur-Institute zu errichten, wie das leider von New York* berichtet wird. So wenig wie unsere medizinischen, sind auch andere Kreise von der Epidemie angesteckt, welche in New York hauptsächlich durch eine sensationelle Tageszeitung genährt wird. Wir sind durchaus nicht in Furcht weder vor Hunden, noch vor Hydrophobie.

Die Jahresversammlung der *Philadelphia County Medical Society*, welche am 6. Januar abgehalten wurde, war sehr gut besucht. Es handelte sich um die Wahl von Delegaten, sowohl für die State Society, als für die *American National Association*. Es waren vom Nominations-Comité Candidaten in Vorschlag gebracht worden, welche die gegenwärtig an der Spitze des Comité's für den Internationalen Congress stehenden Herren unterstützt haben würden. Doch war auch ein Wahlzettel aufgestellt worden mit Candidaten, von denen man wusste, dass sie die in New Orleans getroffenen Massregeln für verfehlt halten. Die Opposition siegte trotz der verschiedensten parlamentarischen Obstructionsmanöver seitens der Mitglieder des Nominations-Comité's, sowohl im Comité (mit einer Drei-Viertels-Majorität), als wie auch in der Versammlung (mit 169 Stimmen gegen 36.)

Dieser Sieg über Shoemaker und Genossen wurde sofort ausgenutzt und es wurden von Dr. Agnew Beschlüsse eingebracht, welche dem Bedauern der *County Society* über die Vorgänge in New Orleans Ausdruck geben und zugleich die neuerwählten Delegaten instruiren, mit aller Macht dafür zu wirken, dass dieser Fehler wieder gut gemacht und Alles gethan werde, um das einmüthige Zusammenwirken der Mediziner Amerika's wieder zu ermöglichen und den Erfolg des Internationalen Congresses zu sichern. Von diesen Delegaten seien hier nur einige genannt:

D. Hayes Agnew, Harrison, Allen, J. Solis-Cohen, J. C. Da Costa, C. H. Burnett, S. W. Gross, L. A. Duehring, Wm. Goodell, Jos. Leidy, S. Weir Mitchell, Theophilus Parvin, Wm. Pepper, Horatio C. Wood, R. J. Levis, J. H. Hutchison etc.

Sie sehen, dass Männer, wie die ebengenannten, zu den tüchtigsten und besten gehören, die Philadelphia, ja, die America aufzuweisen hat. Die persönlichen Motive, welche in dem Streite gerade hier bei uns eine grosse Rolle spielten, sind durch den Ausfall dieser Wahl völlig in den Hintergrund gedrängt worden. Es wird dadurch die von uns stets behauptete Thatsache bestätigt, dass die hiesigen

* In St. Louis hat man diese kühne Idee sogar noch früher gefasst. (Anm. d. Red.)

Collegen stets auf Seiten der tüchtigen Mitglieder standen, welche von dem ursprünglichen Comité ernannt worden waren und welche in New Orleans in so beleidigender Weise verdrängt und durch willige Werkzeuge der bis jetzt dominirenden Partei ersetzt wurden.

Es ist zwar traurig, dass einige hiesigen Mediziner bei den Vorgängen in New Orleans eine hervorragende Rolle gespielt haben, doch haben wir jetzt wenigstens die Genugthuung, dass nicht ein Einziger derselben als Delegat von hier nach St. Louis geschickt werden wird.

Was die *Am. Med. Association* thun wird, bleibt noch abzuwarten; jedenfalls muss man aber erwarten, dass die Herren einsehen werden, was die eben geschilderten Wahlresultate zu bedeuten haben. Philadelphia hat seine Schuldigkeit gethan, indem es Denjenigen eine glänzende Satisfaktion gegeben, welche dieselbe durch ihre Stellung und ihr uneigennütziges Wirken verdient haben. Ein stärkeres Tadelsvotum für die bisher herrschende Fraktion ist kaum denkbar.

Zum Schlusse will ich noch hinzufügen, dass die (allerdings nicht sehr zahlreichen) deutschen Aerzte in unserer Stadt sich sehr darüber freuen, dass endlich ein medizinisches Journal in deutscher Sprache erscheint, welches allen Anforderungen Genüge zu leisten scheint. Die New Yorker Medizinische Presse wird auf's Herzlichste von ihnen begrüsst und ihr ein frohliches Glückauf zugerufen, wie auch von

Ihrem

C. W. Dulles, M. D.

Personalien etc.

Prof. Dr. Koch *hielt seine Antrittsvorlesung* als Professor der Hygiene am 8. November vor einem grossen Auditorium, welches den grossen Hörsaal des Berliner hygienischen Institutes vollständig füllte.

Die Errichtung eines histologischen Institutes an der Wiener Universität ist durch den in No. 1 der N. Y. Med. Presse berichteten Vorschlag Dr. Weichselbaum's zum pathologischen Anatomen seitens des Professorenkollegium's wieder in Anregung gebracht worden. W. sollte bekanntlich besonders beauftragt werden über Histologie zu lesen.

In Szegedin soll, wie berichtet wird, innerhalb der nächsten zwei Jahre eine dritte ungarische Universität errichtet werden.

Die Aussaugung einer Tracheotomiewunde behufs Entfernung diphtheritischer Membranen und dadurch herbeigeführte Rettung seines Patienten trug einem irischen Arzte, dem Dr. Thomson, Dublin, eine seltene Auszeichnung ein. Es wurde ihm im Namen der Königin die *Albert Medaille* überreicht, welche gestiftet wurde zur Anerkennung tapferer Thaten, welche vor dem Feinde zu Wasser und zu Lande vollbracht wurden!

Die obligatorische Fleischschau soll demnächst in Ungarn eingeführt werden und zwar sollen nur Doctoren der Medizin in den betr. Bureaux Anstellung finden.

Die Berufungen nach Chili mehren sich; Privatdozent Dr. R. Ewald in Strassburg hat einen Ruf als ordentlicher Professor der Physiologie an die Universität von Santiago erhalten.

Dr. von Ermengen, der sich durch seine trefflichen Studien über die Cholera einen guten Namen gemacht hat, ist zum Professor der medizinischen Facultät in Gent ernannt worden.

Die Auditorien der Berliner Professoren Leyden, Senator, Gerhardt und Henoch erweisen sich dem Andrange der Studenten gegenüber als unzulänglich.

Ein merkwürdiger Zustand existirt im Königreich Sachsen: Daselbst giebt es in einzelnen Kreisen einen Mangel an Aerzten! Es erklärt sich dies jedoch daraus, dass die Bevolkerung derselben sehr arm und die staatlich garantirte Subvention für dort practizirende Aerzte zu niedrig bemessen ist.

Dr. A. Kast wurde zum ausserordentlichen Professor für innere Medizin an der Universität Freiburg i. B. ernannt.

Der bekannte französische Chirurg Péan hospitirt gegenwärtig an Berliner chirurgischen und gynäkologischen Kliniken, speciell bei Schröder, um dessen Technik der Myotomien kennen zu lernen.

Dr. Kassowitz *hat sich als Docent* für Kinderheilkunde und Dr. Bock als solcher für Augenheilkunde an der Wiener Universität habilitirt.

Eine verdiente Bestrafung seines unkollegialischen Benehmens erhielt ein junger Arzt in Lüttich, welcher einen Collegen beschuldigte, durch Quecksilbervergiftung den Tod eines Knaben herbeigeführt zu haben. Er bekam den Fall in Behandlung, nachdem er von jenem Arzte (Dr. Qu.) — *Nomina sunt odiosa!* heisst es in der deutschländischen Presse — dreimal besucht und, wie ihm mitgetheilt wurde, mit 20 g. *Ungt. ciner.* und 0.5 g. Calomel behandelt worden war. Vier Wochen später starb der Patient. Da die Obduction nichts ergab, was diese Beschuldigung begründen konnte, so wurde der betr. Arzt aus dem ärztlichen Bezirksvereine ausgestossen und darauf noch gerichtlich zur Zahlung von 4000 Francs Schadenersatz verurtheilt!

Dr. Weber-Liel, *Professor der Otologie* in Jena hat aus Gesundheitsrücksichten seine Resignation eingereicht.

Der neuerbaute Diphtherie-Pavillon im Berliner städt. Krankenhause is fertig geworden und soll nächstens eröffnet werden.

Dr. Wilhelm Roser und Dr. Carl Roser, Söhne des berühmten Chirurgen, haben sich in Marburg als Docenten habilitirt und zwar der erstere für Chemie, der letztere für Chirurgie.

Prof. Helferich, bisher in München, ist zum ordentlichen Professor in Greifswald ernannt worden.

Die gynäkologische Abtheilung des Mt. Sinai Hospital's, (unter Leitung des Dr. Paul F. Munde), hat jetzt zwei Zimmer allein für Laparotomien zur Verfügung, wodurch bessere Pflege, grössere Ruhe und haher auch bessere Aussicht auf Genesung erzielt werden.

Todtenliste.

Guiseppe Ponzi, Prof. der vergleichenden Anatomie an der Universität zu Rom, am 1. December 1885.

Henry Bouley, Director der Thierarzneischule zu Paris, zugleich Präsident der *Académie françaises des Sciences*, am 20. November 1885.

E. Burow, Professor der inneren Medicin an der Universität zu Königsberg, am 20. November 1885.

A. Heynsius, Professor der Physiologie an der Universität zu Leyden, am 12. November 1885.

John C. Draper, Professor der Chemie an dem *Medical Department of the University of New York*, am 20. December 1885. Sein "*Textbook of the Medical Physics*" ist eine fleissige und gediegene Arbeit und erst vor Kurzem bei H. C. Lea (Philadelphia) und J. und A. Churchill (London) gleichzeitig erschienen.

Albert H. Smith, ein bekannter Gynäkolog in Philadelphia. (S. Correspondenz.)

☞ *Alle Autoren und Verleger deutscher medizinischer Werke und Zeitschriften sind hiermit in ihrem eigenen Interesse zu Uebersendung resp. Austausch neuer Erscheinungen und Zeitschriften mit der „New-Yorker Medizinische Presse" aufgefordert. Da unser Blatt das einzige in deutscher Sprache erscheinende Fachjournal in Amerika ist, so liegt der Vortheil eines Berichtes in demselben auf der Hand.* ☜

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. I. New York, den 15. Februar 1886. No. 3.

Ein Fall von subkutaner Ruptur des Musculus Biceps Brachii.

Von Dr. Carl Beck, Chirurg an der Deutschen Poliklinik.

Die subkutane Zerreissung des zweiköpfigen Oberarm-Muskels ist eine so seltene Verletzung, dass es schon allein dankenswerth erscheint, die sehr stiefmütterlich bedachte Casuistik derselben (es sind bis dato in der Literatur 5 Fälle berichtet und zwar von Uhde, Ashurst, Poncet, South und Nancrede) zu bereichern.

Der von mir beobachtete Fall beansprucht aber ein um so besonderes Interesse, als er bei einer höchst einfachen Behandlungsweise einen geradezu idealen Heilungsverlauf nahm.

Ich gebe in Folgendem die Krankengeschichte:

Der 30jährige Grocer O. in hiesiger Stadt, ein Mann von mittlerer Statur versuchte, von einem Clerk unterstützt, eine circa 300 Pfund schwere Kiste von einem Wagen herunterzuheben, als der Clerk plötzlich nachliess, sodass O. eine übermässige Anstrengung machte, um das zu Bodenfallen der Kiste zu verhindern. Dabei fühlte er einen Ruck „gleich als ob der Arm ihm von Jemanden abgerissen worden wäre.“ Die darauf folgende Funktionsstörung bestand im Unvermögen, den Arm und Ellbogen zu beugen und schwere Gegenstände aufzuheben. Nach dem, natürlich zwecklosen Gebrauche von Salben und Umschlägen während der ersten vier Tage nach der Verletzung wurde ich consultirt.

Ich constatirte in der Mitte des Oberarms, nach innen, wo sonst die bauchigen Bündel des Biceps zu fühlen sind, eine tiefe Querfurche, welche ich beinahe mit meiner Faust ausfüllen konnte. Die Grenzen der Furche wurden durch einen die Haut emporhebenden Wall von contrahirt scheinender Muskulatur gebildet.

Der Arm konnte im Schultergelenk nur unvollkommen bewegt und im Ellbogen nicht gebeugt werden.

Es war also der Biceps in der Mitte entzwei gerissen und seine Hälften hatten sich jeweils nach den Ursprüngen und dem Ansatz zu etwas contrahirt.

Da ich fand, dass bei ausgedehnter Flexionsstellung und gleichmässigem Druck meiner, den Arm umfassenden Hände die getrennten Theile einander bedeutend genähert wurden, so glaubte ich die *restitutio ad integrum* am besten durch die Fixation in dieser Stellung bei gleichzeitiger Compression erreichen zu können.

In spitzwinkeliger Beugeposition suchte ich durch Druck von unten und Gegendruck von oben das Schisma möglichst zu verringern, legte eine elastische Binde an und applicirte darüber einen Gypsverband, welcher von der Schulter bis zum Handgelenk reichte.

Es trat keinerlei Reaktion ein und nach 3 Wochen entfernte ich den Verband. Graben und Wall waren verschwunden, an der Stelle des früheren Zwischenraumes konnte eine derbe Masse, ein förmlicher Muskelcallus gefühlt werden.

Das Schultergelenk war frei, doch bestand noch Unvermögen, den Ellbogen zu beugen. Nach einigen vorsichtigen Extensionen verschwand jedoch diese Calamität und 2 Wochen nach Abnahme der Gypshülle theilte mir Patient hocherfreut mit, dass er gar keinen Unterschied mehr in der Funktionstüchtigkeit seiner Arme merke.

Die Ursache der Ruptur war in diesem Fall, gleich wie in denen von Ashurst, Poncet, South und Nancrede, die ruckweise Ueberanspannung des bereits contrahirten Muskels, welche instinktiv noch gemacht wurde,

um eine Last zu halten, welche der Mittragende plötzlich losgelassen hatte. Interessanter ist die Aetiologie des Uhde'schen Falles, wie ihn Albert* beschreibt.

Unter diesen fünf Fällen heilten drei ohne nennenswerthe Reaktion und mit völliger *restitutio ad integrum;* in dem Poncet'schen und Nancrede'schen Fällen entstanden Muskelabscesse, welche längere Zeit zur Heilung brauchten und eine Verkürzung des Muskels hinterliessen.

In allen diesen Fällen wurde der Schwerpunkt der Behandlungsmethode auf die "Ruhigstellung" gelegt. Dem — *sit venia verbo!* — Hinaufdrücken des Muskelfragments ist nur in dem Uhde'schen Falle Rechnung getragen worden und zwar sollte hier der Effekt durch ein an den Thorax angelegtes Kissen erreicht werden. Die Ruhigstellung wurde durch Bandagiren angestrebt. Ich kann mich jedoch der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass in diesen Fällen nur der Gipsverband die Garantie absolut sicherer Immobilisation bietet. Ferner erscheint es mir wesentlich, alle Faktoren, welche ein Zusammenrücken der Muskeltheile ermöglichen, auch voll und ganz auszunützen, und hierzu rechne ich vor Allem die elastische Compression, ein zweckentsprechendes Umfassen der Wälle mit den Händen beim Bandagiren, und unter Umständen die von Uhde proponirte passende Unterlage.

In unserem Decennium der hochflorirenden Antisepsis könnte noch eine andere Behandlungsmethode in Frage kommen, nämlich die Myorraphie.

Die Freilegung der Rissstelle unter antiseptischen Cautelen würde ja ein ungefährlicher Eingriff sein und die exakte Naht würde freilich *a priori* es als noch sicherer erscheinen lassen, den *status quo ante* wieder herzustellen.

Ich sehe aber keinen nennenswerthen Nachtheil darin, wenn man, anstatt die Fragmente gleich nach dem Trauma zu vernähen, erst nach drei Wochen dieselben anfrischte und dann vereinigte, und so würde, wenn der Gipsverband wirklich versagen sollte, dann immer noch Zeit zur blutigen Naht und die gleiche Aussicht auf Erfolg sein.

Ueber Electro-medizinische Apparate und Methoden.

Von Dr. E. Tiegel, New York.

2. *Ueber einen neuen Inductionsapparat.*

Die erste Regel über die erregende Wirkung der Electricität auf irritabele Gebilde besagt, dass nicht der auf gleichbleibender Höhe fliessende Strom eine Erregung auslöse, sondern dass nur Schwankungen

* (Albert, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 1884, 2. Bd. pag. 519.) „Ein 43jähr. Soldat empfand beim Bajonnetiren, während er seinen Gegner zu treffen im Begriff stand, ein lautes klappendes Geräusch in seinem rechten Arm, der sofort herabsank und nicht mehr fähig war, das Gewehr emporzuheben. Die unteren Enden der beiden Bicepsköpfe hingen unter der Haut nach innen, nach dem Condylus int. zu, waren schlaff aufzufassen und konnten von unten nach oben an ihren gewöhnlichen Platz gestrichen oder geschoben werden. An der Stelle der Ruptur bestand ein drei Finger breiter Zwischenraum. Der Arm wurde flektirt, mit einer Binde eingewickelt und an ein, an dem Thorax angebrachtes schmales Kissen so befestigt, dass das letztere das untere Muskelende dem oberen näherte. Nach vier Wochen konnte der Kranke den Arm im Schultergelenk heben und im Ellbogen beugen."

der Stromstärke erregend wirken. Von dieser Regel giebt es Ausnahmen, von denen wir hier aber absehen können. Je steiler die Schwankung einer Stromstärke ist, um so stärker erregend wirkt sie. Es kann also der plötzliche Schluss oder das plötzliche Oeffnen eines Stromes besonders leicht erregen. Man hat Vorrichtungen getroffen, um Schluss und Oeffnung eines Stromes sich sehr schnell folgen zu lassen, so dass die Erregungen beider sich summiren. Einen sehr kurz dauernden Strom nennt man einen Stromstoss. Inductionsströme sind Stromstösse und fallen mit diesen in ihren physiologischen Wirkungen vollkommen zusammen. Der Grund, warum man in der Praxis lieber Inductionsströme als andere Stromstösse anwendet, ist einfach der, dass Ind.-Ströme bequem zu bekommen sind. Man wendet an die s. g. Extraströme der primären Spirale und dann die Ströme, welche beim Oeffnen und Schliessen eines primären Stromes in einer secundären Spirale inducirt werden, Wir haben es hier nur mit den secundären Strömen zu thun. Ihrer Entstehung nach unterscheidet man Oeffnungs- und Schliessungsströme. Wie bekannt, sind beide um so schwächer, je weiter die beiden Spiralen von einander entfernt sind, oder einen je grösseren Winkel die Längsaxen beider mit einander bilden. Wenn diese Verhältnisse aber sich nicht ändern, dann finden wir für die zu einander gehörenden Schliessungs- und Oeffnungsschläge folgende Unterschiede. Die Elektricitätsmengen, die sich in beiden abgleichen, sind für beide gleich gross, nur ist ihre Stromrichtung eine entgegengesetzte. Die Zeitdauer der Schliessungsströme ist grösser als die der Oeffnungsströme, und darum ist ihre grösste Stärke (ihre höchste Ordinate) kleiner als bei diesen. Der Verlauf der Oeffnungsströme ist steiler und darum sind sie physiologisch wirksamer. Wenn wir abwechselnd den Strom in einer primären Spirale öffnen und dann schliessen, und die so in einer secundären Spirale erzeugten Ströme durch ein erregbares Gebilde gehen lassen, so wird dieses von zwei getrennten Reihen von Reizen getroffen, deren Glieder zu je einem mit einander abwechseln. Es sind die Oeffnungs- und die Schliessungsströme. Nun beweisen aber ganz bestimmte Versuche der Reizphysiologie, dass in einem solchen Falle die schwachen Reize unwirksam werden, lange bevor auch für die starken Ermüdung eintritt. Aber den Zeitpunkt wann das geschieht, können wir in jedem einzelnen Falle nur durch besondere Versuche feststellen. Wir wissen also in einem solchen Falle nie, ob wir ein Gebilde mit der vollen oder mit der halben Anzahl von Reizen tetanisiren. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, traf Helmholtz schon vor vielen Jahren eine nach ihm benannte Vorrichtung. Ihr Zweck war, die Oeffnungsströme den Schliessungsströmen gleich zu machen. Im Allgemeinen hat die Vorrichtung wenig Verwendung gefunden, wohl darum, weil den Inductionsapparaten ausser den gerügten noch viele andere Mängel anhaften. Ein solcher Mangel ist folgender. Wir haben bis jetzt stillschweigend angenommen, dass alle Schliessungsschläge unter sich gleich seien. Dies muss so sein, wenn eine Schliessung des primären Stromes genau so geschieht wie eine andere. Bei den gewöhnlich angewendeten Apparaten ist dies aber niemals der Fall. Die Unterbrechung des primären Stromes geschieht fast immer durch den Neef'schen oder Wagner'schen Hammer oder eine seiner vielen Modificationen. Immer geschieht der Contact dadurch, dass eine Metallfeder gegen ein festes Widerlager anschlägt. Es kann so unmöglich ein Schluss wie der andere sein. Es ist nicht richtig, dass wir mit einem solchenApparat mit 2 Reihen unter sich gleicher Reize reizen. Nur die

Oeffnungsschläge sind unter sich gleich, die Schliessungsschläge sind in unberechenbarer Weise ungleich. Wenn eine Erregung, wie sie sein soll, einem gleichmässigen, wohl abgestuften Zuge verglichen werden darf, dann ist das, was wir mit den bisherigen Apparaten wirklich thun, ein wildes und wüstes Hin- und Herzerren.

Ein dritter Einwand bezieht sich auf die Art und Weise der zeitlichen Reihenfolge der Reize oder auf das Tempo. Wenn unser centrales Nervensystem einen Nerven erregt, dann thut es das immer so, dass zwanzig Reize in der Secunde gegeben werden, die sich in genau gleichen zeitlichen Intervallen folgen, also jede zwanzigstel Secunde einer. Die Physiologie giebt uns wichtige Fingerzeige über den Zweck dieser Erscheinung. Um einen gesunden und gut ernährten Muskel gerade eben zu gleichmässiger tetanischer Zusammenziehung zu bringen (so dass er nicht mehr zittert) braucht es zwanzig Reize in der Secunde. Die Elasticität der Muskelsubstanz selbst, der Sehnen, Bänder, Knochen u. s. w. ist so beschaffen, dass bei diesem Tempo gerade ein gleichmässiger Zug zu Stande kommt. Bei einem noch schnelleren Tempo ist der Zug auch gleichmässig, die Natur wendet ihn aber nie an, denn *je frequenter die Reizung, um so bedeutender ist die Ermüdung und je grösser die Ermüdung, um so frequenter muss die Reizung sein, um einen gleichförmigen Tetanus zu erzielen.* Unsere Hand zittert, wenn die Armmuskeln ermüdet sind; reizen wir die Muskeln aber künstlich mit hoher Frequenz, dann ziehen sie sich wieder gleichmässig zusammen. Die Natur thut dies niemals; sie lässt die Muskeln des ermüdeten Mannes wie die des Greises zittern. Durch höhere Reizfrequenz könnte sie dem Uebel nur für sehr kurze Zeit abhelfen, aber dann hätte sie den Schaden noch viel grösser gemacht, denn je frequenter die Reizung, um so bedeutender ist die Ermüdung.

In Rücksicht auf diese Thatsachen müssen wir von den bisherigen Inductions-Apparaten sagen, dass meistens ihr Tempo ein unnütz ermüdendes, ihre Frequenz keine regelmässige ist und dass ferner die Stärke der Reizung und ihre Abstufung kaum zu controliren sein wird, weil auch bei einer und derselben Stellung beider Spiralen die einzelnen Reize untereinander zu ungleich sind.

Ich glaube, dass durch einen neuen Inductions-Apparat, den ich in "*Brain*, Part. XXXI p. 380, October 1885" beschrieben habe, ein wesentlicher Schritt zum Besseren gethan ist. Der betreffende Apparat wird kaum jemals zur allgemeinen Anwendung kommen, denn dies erfordert einige elektrotechnische Kenntnisse und er ist theuer und nicht transportabel. Es ist nun aber Herrn Mechaniker A. Metzger gelungen, nach demselben Prinzip einen Apparat zu construiren, welcher für den Praktiker vollkommen genügt und die angegebenen Mängel vermeidet.

Der neue Apparat unterscheidet sich von den bisherigen in drei wesentlichen Dingen.

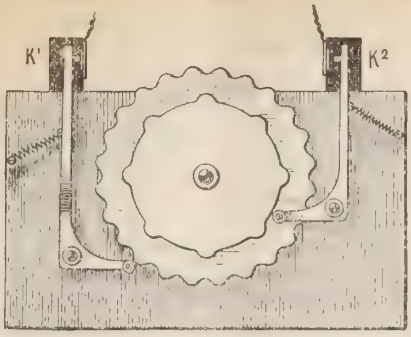
1. Die Unterbrechung des primären Stromes geschieht durch ein Uhrwerk, der Neef'sche Hammer fehlt ganz.

2. In den secundären Stromkreis ist ein Condenser eingeschaltet.

3. Die Abstufung der Stromstärke geschieht durch Einführen von Widerständen in den primären Stromkreis.

Die Contacte zeigt Figur 1. Zwei Räder sitzen auf einer gemeinschaftlichen Axe, die durch ein Uhrwerk genau ein Mal in zwei Secunden gedreht wird. Der Rand des einen Rades ist vierzig, der des

anderen acht Mal eingekerbt. Am Rande jeden Rades schleift vermittelst einer Rolle ein Winkelhebel. Diese durch Rad und Gegenfedersorgfältig geführten nicht geschleuderten, Hebel werden durch die Erhöhungen der Räder gegen die stark elastisch federnden Contacte k, und k_2 kreises in Verbindung. Wenn das Uhrwerk darum läuft, muss der primäre Strom entweder vierzig Mal oder acht Mal in zwei Secunden unterbrochen werden. Das macht entweder zwanzig Mal oder vier Mal in *einer* Secunde. Im ersteren Fall werde ich einfach vom schnellen, im zweiten vom langsamen Tempo reden. Die Bedeutung der Tempi soll später erläutert werden.



angepresst und durch die Vertiefungen der Räder entfernt. Nun stehen aber die beiden Hebel mit dem *einen* u. je nach Wunsch DAS EINE ODER DAS ANDERE der beiden Contactwiderlager mit dem *anderen* Ende des primären Strom-

(Schluss folgt.)

Klinische und experimentelle Beobachtungen über Cocain.

Vortrag, gehalten in der Med.-Chirurg. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend am 4. Januar 1886.

Von Dr. H. J. Boldt, New York.

Cocain wird noch nicht sehr lange als therapeutisches Mittel benutzt, und sind die Berichte über dasselbe sehr günstig. Nur in letzterer Zeit sind verschiedene Fälle veröffentlicht worden, bei denen dessen Gebrauch üble Folgen hatte. Das zu gebrauchende Quantum scheint ebenfalls in der Mehrzahl der günstigen Berichte ausser Auge gelassen worden zu sein, und in manchen Fällen scheint für das angewandte Quantum der Ausdruck: *ad libitum*, zu gelten.

Dass es ein Mittel von grosser Wichtigkeit in der Medizin und Chirurgie ist, wird wohl Niemand leugnen; doch möchte ich darauf aufmerksam machen, dass es unter Umständen, besonders wenn in grossen Quantitäten angewendet, gefährlich ist. Und zwar ist nicht immer ein grosses Quantum nöthig, um die gefährliche Wirkung dieses Alkaloids hervorzurufen, wie ich später beweisen werde. Es verhält sich eben mit diesem Mittel, wie mit vielen anderen, z. B. Morphium, Atropin, etc.; beim Einen wirken die vorgeschriebenen normalen Dosen höchst wohlthuend, bei einem Anderen hingegen sind ganz bedeutende Vergiftungssymptome die Folge.

I. Fall. Eine meiner Patientinnen litt seit langer Zeit an einer Neuralgie der Supra-Orbital- und Occipital-Nerven, welche allen angewandten Mitteln hartnäckig widerstand, mit Ausnahme von Galvanisirung der betreffenden Nerven, welche die Schmerzen auf eine oder mehre Stunden linderte. Da das Cocain ein positiv wirkendes locales Anaestheticum sein soll, nahm auch ich bei einem ganz besonders

schmerzhaften Anfall, meine Zuflucht zu demselben und zwar wurden 15 Tropfen einer 4% Lösung in die schmerzhaftesten Stellen injizirt.

Unmittelbar nach der Einspritzung röthete sich das Gesicht durch Ueberfüllung der Capillaren, und Patientin klagte über Schwindel: Erhöhung der Pulsfrequenz mit Verminderung der Pulsstärke und Kurzathmigkeit, beklemmendem Gefühl auf der Brust, besonders in der Herzgegend. Nach Verlauf von etwa 2 - 3 Minuten fiel Patientin besinnungslos vom Stuhl und die Respiration sistirte bald darauf gänzlich, so dass innerhalb der nächsten 15—20 Minuten künstliche Respiration eingeleitet werden musste. Nach Verlauf dieser Zeit wurde die Athmung wieder spontan; 5—6 Athemzüge per Minute, tief und seufzend; Herztöne und Puls sehr schwach, aber frequent; beide Pupillen weit dilatirt, starr, nicht reagirend; Conjunctiva sensitiv bei Berührung.

Kurz vor der Wiedererlangung des Bewusstseins und gleich darauf erfolgten einige krampfthafte Zuckungen in den oberen Extremitäten.

Etwa 10 Minuten sprach Patientin irre in nicht zusammenhängenden Sätzen.

Nach Verlauf einer Stunde konnte sie mit ihrer Freundin mein Haus verlassen, ihr Gang glich dem einer Betrunkenen. Die neuralgischen Schmerzen waren verschwunden und kehrten auch während der nächsten 3 Tage nicht wieder. Auf Bitten der Patientin, dasselbe Mittel nochmals zu gebrauchen, wurden später 10 Tropfen der 4% Lösung injizirt, und abermals zeigten sich dieselben Symptome auch in derselben Reihenfolge, nur hielt die Nachwirkung nicht so lange an.

5—6 Tropfen einer 4% Lösung bei dieser Patientin, erzeugen Erröthen des Gesichts, leichten Schwindel und etwas Dyspnoe, nebst beklemmendem Gefühle auf der Brust und Herzgegend; doch verschwinden diese Symptome gänzlich nach wenigen Minuten, und dauern nie länger, als eine halbe Stunde.

Einmal wurde Aufstossen, Mattigkeit und bitterer Geschmack im Munde selbst bei dieser geringen Dosis beobachtet. Nach Verschwinden der genannten Symptome bleibt stets eine geringe Unruhe zurück.

II. Fall. Einer 33jährigen Italienerin wurden 8 Tropfen einer 4% Lösung in den Cervix Uteri gespritzt, mit der Absicht einen alten Cervical-Riss schmerzlos zu vereinigen. Athmennoth, Uebelkeit, Schwindel, Leichenblässe des Gesichtes und kalter Schweiss mit bald darauf folgender Erröthung stellten sich ein. Die Pulsfrequenz war erhöht, aber der Puls schwach; etwas Durst und geringe Erweiterung der Pupillen waren die fast sofortigen Folgen. Diese Symptome schwanden gänzlich nach Verlauf einer halben Stunde. Patientin war aber so schwach, dass ich es nicht für rathsam hielt, die Operation zur Zeit vorzunehmen.

III. Fall. Frau M., 38 Jahre alt, leidet schon Jahre lang, zur Zeit der Menstruation, an heftigen neuralgischen Kopfschmerzen, welche gewöhnlich 3 — 4 Tage lang anhalten, und sie während dieser Zeit ausser Stand setzen, ihren Haushalt zu besorgen. Während eines dieser Anfälle injizirte ich 8 Tropfen einer 4% Lösung an der Stelle der heftigsten Schmerzen. Nachfolgende Symptome folgten der Einspritzung:

Schwindel, schneller matter Puls, Kurzathmigkeit, beängstigendes Gefühl auf der Brust, besonders in der Herzgegend; Leichenblässe des Gesichts mit darauf folgender Erröthung; Uebelkeit und Schweiss. Die Schmerzen waren verschwunden und kehrten auch während der betreffenden Menstruation nicht wieder. Die Patientin, die sich vorher matt und kalt fühlte, gab an, dass sie etwa ¾ Stunde nach der Ein-

spritzung, warm und wie neu belebt war. Die nachtheiligen Symptome verschwanden gänzlich nach Verlauf einer halben Stunde.

IV. Fall. *M. B., 26jähr. Frau,* bekam 5 Tropfen einer 5% Lösung. Nach 3 Minuten klagte sie über Schwindel und Herzklopfen. Die Pulsfrequenz stieg um 24 Schläge pro Minute. Geringe Pupillenerweiterung; bitterer Geschmack im Munde; Mattigkeit; geringer Durst. Die Augen kommen der Patientin umflort vor; alle Gegenstände schienen ihr bedeutend grösser zu sein, als dies der Wirklichkeit entspricht. Temperatur vorher normal, 15 Minuten nach der Einspritzung 100.8° F.

Geringe Temperatur-Erhöhungen nach der Einspritzung habe ich öfters bemerkt; in zwei Fällen einen langsameren und volleren Puls, anstatt des Gegentheils. Profusen Schweiss, ein kaltes Gefühl der Haut, Muskelzittern und Ohrensausen habe ich nebst anderen Symptomen zweimal beobachtet. In beiden Fällen war die Temperatur um 0,2° F., 15 Minuten nach der Einspritzung gesunken.

Einspritzungen im Bezirke des Trigeminus haben gewöhnlich eine bedeutend schnellere und intensivere Wirkung, als an den Extremitäten. Der Unterschied in der anzuwendenden Dosis ist auch ganz bedeutend, z. B. bei Ischias habe ich schon mehrmals 20 Tropfen einer 4% Lösung über den betreffenden Nerv eingespritzt, ehe Linderung der Schmerzen erfolgte und nur ein einziges Mal klagte Patient über einen schnell vorübergehenden Schwindel. Andere Symptome waren abwesend. Ich würde es nicht für rathsam halten mehr als 5—6 Tropfen einer 4% Lösung auf einmal im Verzweigungsgebiet des Trigeminus zu injiziren, ohne die Idiosynkrasie des Individuums genau zu kennen.

Ueber die lokale Wirkung auf die Pupillen habe ich nur eine Beobachtung gemacht. Eine 4% Lösung wurde auf der Stirn, wegen reissender Schmerzen an der betreffenden Stelle verschiedene Male eingerieben. Es erfolgte Erweiterung der Pupille des betreffenden Auges, während die andere Pupille normal blieb. Patient verneinte mit Bestimmtheit die Möglichkeit, dass zufällig einige Tropfen Lösung in das Auge selbst gekommen wären.

Von neunzehn von Prof. Ogden Doremus zusammengestellten Fällen, welche er mir freundlichst zur Disposition stellte, will ich nur das Wichtigste erwähnen:

Plos, in *Hersemann's Pflanzenstoffe* (Berlin 1871), verzeichnet einen Fall, in welchem eine Person 1,5 g. des Alkaloids in einem Glase Bier bekam, worauf ein zweistündiger ruhiger Schlaf erfolgte. Dann aber trat heftiges Bauchgrimmen, Brennen im Gaumen mit Trockenheit des Mundes mit viel Durst, Erbrechen der genossenen Flüssigkeit und Schwindel ein.

Frohmueller registrirt 14 Fälle, in welchen Dosen von 0,03 g. bis 0,33 g. gebraucht wurden; wie — wird nicht angegeben.

Schlaf erfolgte in 4 Fällen, Ohrensausen 3 Mal, Erbrechen 3 Mal, Schwindel 3 Mal und Mattigkeit der Glieder 1 Mal. Pulsfrequenz war im Anfang vermehrt, am nächsten Morgen unter der Normale. Erweiterung der Pupillen 3 Mal; Temp. von 0,1° bis 0,4° gesunken; Athmung Anfangs beschleunigt, am folgenden Morgen unter normal.

Dr. W. B. Meriman, (*Cincinnati Lancet and Clinic,* 26. Sept. '85) giebt einen Fall an, in welchem eine 4% Lösung subcutan gebraucht wurde. Anfangs 4 g., täglich, später bis zu 20 g. und 28 g. täglich. Die Folgen waren: Leichtes Fieber, unklares Bewusstsein, hohe Erregbarkeit;

Puls 100 und sehr schwach; 3 Tage lang Schlaflosigkeit und alle Symptome von *Delirium tremens.*

Dr. F. M. Thomas, Leonardsville, Kansas, berichtet den Fall einer 39jährigen Frau an Prof. Doremus, in welchem eine 4% Lösung (wie viel gebraucht wurde ist unbekannt) gegen Zahnschmerzen angewendet wurde.

Es traten folgende Symptome ein: Linke Pupille dilatirt, rechte normal; Brechneigung, zweimaliges Erbrechen; die rechten oberen und unteren Extremitäten bewegungslos; Gesicht krampfhaft gegen die erweiterte Pupille gezogen; krampfhafte Zuckungen des linken Arms und der oberen Körperhälfte in Zwischenräumen von wenigen Minuten. Am nächsten Morgen war Patientin besinnungslos. Puls 35, intermittirend; Herzthätigkeit sehr schwach. Profuser Speichelfluss. Temperatur normal. Tod unter den Erscheinungen allgemeiner Erschöpfung, etwa 24 Stunden nach der Cocain-Application.

Ein bestimmtes Urtheil lässt sich in diesem Fall natürlich nicht fällen, indem keine Section gemacht wurde.

Dr. J. K. Bauduy (St. Louis) im *N. Y. Med. Journal* (26. Sept. 1885), schildert ähnliche Symptome, wie die bei meinen Thierexperimenten beobachteten. Wie viel Cocain in seinen Fällen gebraucht wurde, ist nicht angegeben.

Dr. T. H. Burchard veröffentlicht im *Medical Record* (5. Dezember 1885) einen Fall, in welchem 10 Tropfen einer 4% Lösung in die Fusssohle eingespritzt wurden, vor Entfernung eines Fremdkörpers. Die Vergiftungssymptome äusserten sich in Respirationsstillstand etc. Merkwürdigerweise fand Myosis statt. Ich lasse nun den experimentellen Theil meiner Mittheilungen folgen:

Ein 37 Pfund schwerer Hund erhielt 5 subcutane Einspritzungen einer 4 proc. Lösung, in 10 Minuten langen Zwischenräumen, jede Dosis aus 10 Tropfen bestehend. Nach der zweiten Einspritzung wurde das Thier unruhig und die Unruhe nahm nach jeder folgenden Einspritzung zu, so zwar, dass das Thier nach der fünften Einspritzung nicht zu bändigen war, und fortwährend im Kreise um mich herumlief. Die Pupillen waren erweitert, Herzschlag und Athmung frequent, die Zunge hing aus dem Munde und es war mässiger Speichelfluss vorhanden. Die Körperwärme schien erhöht. Der Effekt des Cocains war innerhalb 4 Stunden gänzlich geschwunden. Am folgenden Tage bekam das Thier 4 subcutane Injectionen einer 4 proc. Lösung, jede aus 25 Tropfen bestehend, in Intervallen von je 15 Minuten. Nach der zweiten Dosis zeigten sich dieselben Erscheinungen wie nach der letzten Einspritzung am vorhergehenden Tage. Die Heftigkeit derselben nahm nach jeder der folgenden zwei Gaben zu. Nach der vierten Gabe hatte das Thier absolut keine Controlle über sich; die Zunge hing weit aus dem Maule, profuser Speichelfluss, häufiges Harnen, Athmung sehr schnell und keuchend; Herzthätigkeit ebenfalls vermehrt. Die Rastlosigkeit war sehr bedeutend. Das Thier rannte in beständigem Galopp im Hofe umher, mitunter einige Secunden stillstehend und mit stierem Blicke nach irgend einem Punkte sehend. Dann drehte es sich schnell im Kreise herum, so lange bis es erschöpft wenige Augenblicke liegen blieb, um dann das dasselbe Imkreislaufen wieder zu beginnen. Bald wurde bemerkbar, dass das Thier nach und nach den vollen Gebrauch der hinteren Extremitäten verlor, so dass es mitunter bei seinem Rundlaufe auf die Seite fiel. Währenddem Brechneigung und einige Male Erbrechen. Wenn man dem Thier Wasser entgegenhielt, kniff es den Schwanz fest

zwischen die Beine und ging rückwärts, als ob es Angst davor hätte. Nach Verlauf von zwei Stunden wurde der Hund ruhiger, so dass er in der dritten Stunde nur mitunter aufstand und einige Mal im Hof umher rannte, sich öfter im Kreis herumdrehend. Nachdem er scheinbar ruhig geworden war, ging ich zu ihm, um ihm das Halsband abzunehmen, wobei ich ihm Fleisch vorwarf, welches er jedoch nicht anrührte. Der Geruchsinn schien völlig verschwunden zu sein. Nach dieser durch mich veranlassteu Störung fing die vorige Unruhe wieder an. Diesmal dauerte die Wirkung des Alkaloids sechs Stunden.

Am 15. November bekam das Thier 0,24 des Alkaloids in Lösung auf einmal eingespritzt, in Anwesenheit der Herrn Collegen Spitzka, Waldstein und Brill. Die Wirkung war augenblicklich. Zuerst wurde Nachziehen der hinteren Extremitäten beobachtet. Der Geschlechtstrieb schien erhöht, indem der Penis in voller Länge erigirt war uud schien auch Samenausfluss vorhanden zu sein. Die hinteren Extremitäten waren jetzt gänzlich gelähmt, und hielt die Lähmung etwa eine halbe Stunde an, wonach sich allmählig derselbe Zustand entwickelte, welcher beim vorigen Versuch wahrgenommen wurde. Die heftigsten Vergiftungssymptome verliefen nach 7 Stunden. Innerhalb der nächsten 24 Stunden hatte das Thier eine Anzahl breiiger Stühle, welche stark mit Blut vermischt waren. Mitunter bekam es einen Hustenanfall, welcher ihm scheinbar Schmerzen verursachte. Häufige Anfälle von schneller Athmung waren ebenfalls vorhanden. Die Störungen in den hinteren Extremitäten blieben noch nach 36 Stunden wahrnehmbar, und brauchte das Thier bis zur vollen Genesung ca. 48 Stunden. Im Beisein genannter Herren spritzte ich einer 7½ Pfund schweren Katze zwölf Tropfen einer 33⅓ proz. Lösung ein, also 0,03 g. pro Pf. Gewicht. Die Wirkung war augenblicklich. Ich habe über dieses Experiment berichtet (siehe *Trans. of the N. Y. Path. Soc.**) Der Sektionsbefund war: Sämmtliche Rückenmarksvenen mit Blut überfüllt, wie auch sämmtliche Venen in der Kopf- und Nackengegend. Ein 20 Pfund schwerer junger Hund bekam 0,04 in Lösung am Nacken eingespritzt. Die erste wahrnehmbare Wirkung war eine Schwäche der hinteren Extremitäten, sodann erhöhter Geschlechtstrieb, der sich so äusserte wie bei dem oben angegebenen Experiment. Speichelfluss war nicht in so hohem Grade vorhanden, wie bei dem vorherbenutzen Hunde. Erweiterung der Pupillen und Muskelzuckungen begannen 8 Minuten nach der Einspritzung, die dann in drei bis vier Minuten in allgemeine Convulsionen übergingen. Diese, sowie andere Symptome, waren dieselben wie bei der Katze, mit dem Unterschiede, dass die Pausen etwas länger anhielten. Zwischen jedem Anfall stiess das Thier ein leises, wimmerndes Geheul aus. Rectum-Temp. 45 Minuten nach der Einspritzung 106° F. In den letzten Minuten nahm die Heftigkeit der Convulsionen ab und während der letzten Minute fand keine statt. Das Thier endete unter allgemeinem Tremor, 55 Minuten nach der ersten Einspritzung. Rectum-Temp. nach dem Tode 108.2° F.

Der Sectionsbefund im Nervensystem war jenem bei der Katze ähnlich, mit dem Unterschiede, dass die meningealen Blutextravasate an der unteren Fläche der Medulla fehlten. Der rechte Herzventrikel war überfüllt, der linke leer; Lungen collabirt; Nieren hyperämisch; Darm anämisch.

---

* *Medical Record* vom 26. Dezember 1885.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes wurde von Dr. Spitzka gemacht. Es fanden sich keine Strukturveränderungen. Intensive Ueberfüllung der Gefässe der grauen Substanz; geringer Austritt der rothen Blutkörperchen in das den Gefässen angrenzende Gewebe. Die perivaskulären, einschliesslich der adventitiellen Zwischenräume sind durch die Ueberfüllung der Blutgefässe obliterirt. Anzeichen von Gefässruptur sind nicht vorhanden.

Auffallend war der Befund im Rückenmark. Schon am frischen Organ schien das Aeussere, abgesehen von der Injection der Pia, wie leicht röthlich angehaucht. Auf dem Durchschnitte quoll genau im Umriss der grauen Substanz, das ziemlich hellroth gefärbte Blut, wie bei einer parenchymatösen Blutung hervor. Als diese Blutschicht mit dem Scalpell entfernt wurde, füllte sich die Schnittfläche in demselben Grade wieder mit Blut, und dies wiederholte sich viermal. Das betreffende Stück wurde hierauf in Müller'sche Flüssigkeit geworfen. Nach vorläufiger Härtung fand der Untersuchende ein Coagulum auf derselben Stelle, welches wiederum genau dem Umrisse der grauen Substanz entspricht. Es musste also eine ungeheure Ueberfüllung der intraspinalen Blutgefässe vorhanden sein, ohne Zerreissung, da nur die unverletzte Elasticität der überfüllten Gefässe einen solch' continuirlichen Druck verursachen konnte.

Die zuerst wahrnehmbare Wirkung des Cocains ist die auf das Respirations-Centrum in der Medulla. In der Mehrzahl der Fälle, welche ich beobachtete, traten Athmungs-Beschwerden ein, und zwar nämlich erst frequentere Athmung, die aber beschwerlich erschien, als ob eine Obstruction im Kehlkopf wäre. Dann wird die Athmung bald verlangsamt und mitunter tritt vollständiger Stillstand der Respiration ein. Die Convulsionen, glaube ich, sind Reflex-Erscheinungen, verursacht durch die direkte Wirkung des Giftes auf das centrale Nervensystem; was die eigentliche Wirkung jedoch auf verschiedene andere Centren ist, lasse ich vorläufig dahingestellt, und kann ich auch keine ausreichende Erklärung dafür geben. Die starke Hyperämie, welche in sämmtlichen Meningen, sowie in der grauen Substanz der Medulla spinalis und Medulla oblongata bei Sections-Befunden wahrzunehmen ist, dürfte einen Reizungszustand der Corticalis darstellen, welcher die Krämpfe genügend erklärt.

Die Herzthätigkeit wird frequenter, aber ihre Intensität schwächer.

Die Harnsekretion soll vermehrt sein; doch habe ich mich nicht davon überzeugen können. Das Uriniren war zwar häufig bei dem Hunde, ob aber deshalb auch das Quantum ein grösseres war, bleibt unbestimmt.

Die häufige Harnausscheidung wäre ja auch leicht zu erklären, durch Reflexirritation von Seiten des Rückenmarkes.

Das Cocain ist ein Alkaloid, an welches sich eine Person leicht gewöhnen kann, und dann mögen relativ ganz enorme Quantitäten vertragen werden, ohne lethal verlaufende Vergiftungssymptome zu erzeugen, wie das ja von verschiedenen Fällen in letzterer Zeit veröffentlicht worden ist.

Wenn die lokal anästhetische Wirkung herbeigeführt werden soll, um eine bestimmte Operation zu vollziehen, so sind zu diesem Zwecke mitunter Quantitäten nothwendig, welche für den Patienten höchst bedenklich werden können. Was ich nun deshalb betonen möchte, im

Hinblicke auf die eben berichteten Versuche und Erfahrungen ist, dass dieses Mittel unter allen Umständen mit grosser Vorsicht gebraucht werden sollte.

Ich möchte noch kurz auf einen Vortrag hinweisen, welchen Dr. J. Leonard Corning am 28. Dezember 1885 in der *N. Y. County Medical Society* gehalten hat. Wenn sich sein in demselben geschildertes Verfahren, welches er als „Beschränkung des Cocains auf das Operationsfeld" bezeichnet, in der Praxis bewähren sollte — und dafür ist der Anschein vorhanden — so wird durch dasselbe allerdings die Gefahr einer Cocainintoxication auf ein Minimum herabgesetzt.

Was den therapeutischen Werth des Cocains in der internen Medizin betrifft, so verhält es sich hier, wie mit vielen anderen sogenannten Specificis. In manchen Fällen leisten dieselben Befriedigendes, in anderen Fällen bleiben sie wirkungslos, und in einer dritten Art von Fällen mögen sie sogar positiven Schaden anrichten.

Ein Fall von Gallenblasen-Cyste. [*Hydrops vesicae felleae.*]*)

Von Ignatz Morvay Rottenberg, Mitarbeiter der deutschen Poliklinik in New York, vormals Secundär-Arzt des St. Rochus-Spitales in Budapest.

(Schluss von No. 2.)

Die chemische und microscopische Untersuchung der punktirten Flüssigkeit ergab Folgendes:

Die Quantität betrug 260 gr., war farblos, durchsichtig, zeigte wenig Fluorescenz und hatte eine schwach-zähe Consistenz; die Reaction war schwach sauer; das specifische Gewicht 1006.

Unter dem Microscope waren wenig farbige Blutzellen (2–3) und noch weniger lockere, formlose Desquamativ-Zellen sichtbar.

Chemisch enthält sie wenig Mucin und etwas mehr Paralbumin.

Gallensäure, Gallenfarbstoff, Zucker oder Bernsteinsäure, sowie kohlensaures Calcium waren nicht vorhanden.

Ich muss bemerken, dass ich desshalb auf die letzteren Bestandtheile die Untersuchung ausdehnte, weil die Flüssigkeit des Echinococcus stets kohlensaures Calcium und Bernsteinsäure enthält, und konnte ich daher aus diesem negativen Befunde den Echinococcus mit Sicherheit ausschliessen.

Mucin und Paralbumin kommt zumeist bei Cysten, besonders aber bei Ovarial-Cysten fast ohne Ausnahme vor. Möglich, dass diese Körper auch beim Entstehen der Gallenblasen-Cyste sich bilden, was man nicht mit Sicherheit bestimmen kann, eben weil diese Krankheit eine sehr seltene ist.

Die Gegenwart der beiden letzterwähnten Körper bedingt auch noch eine wichtige Folgerung, u. z. die, dass seröse Transsudate, wie z. B. Ascites, niemals diese Körper enthalten, demzufolge derselbe auch bestimmt ausgeschlossen werden konnte.

Die durch die Punktions-Nadel gemachte Oeffnung wurde aus Vorsicht mit einem unbeweglichen und luftdichten Verbande versehen, damit der noch in der Gallenblase zurückgebliebene Rest der Flüssigkeit oder beim Anwachsen derselben eine neue Ansammlung sich nicht in

*) Vortrag, gehalten vor der *Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte* am 6. Oktober 1885.

die Bauchhöhle ergiesse und dadurch eine Peritonitis erzeuge, wie es in zwei Fällen in der Literatur beschrieben ist.

Drei Tage nach der Punktion wurde der Verband entfernt, es zeigte sich, dass die Gallenblasen-Cyste kaum palpirbar war, sie begann jedoch wieder langsam zu wachsen, erreichte bis zum 11. Februar eine bedeutendere Grösse als früher, so dass ich gezwungen war, abermals eine Punktion vorzunehmen.

Das Resultat war folgendes: Es entleerte sich eine sehr dickliche, grünlich-gelbe, der Galle ähnliche Flüssigkeit, jedoch in geringerer Menge, als das erstemal.

Eine Prüfung der Flüssigkeit ergab Folgendes: Unter dem Microscope fanden wir in grosser Anzahl Blutzellenstroma, frei von Blutfarbstoff, dann eine grosse Menge Körnchen, welche zum Theile aus Bacterien, zum Theile aus Detritus bestanden.

Zur chemischen Untersuchung eignete sich die Flüssigkeit nicht.

Nach beiden Punctionen blieb die Kranke fieberfrei.

Die Geschwulst erreichte bald wieder ihre frühere Grösse, so dass wir gezwungen waren, darauf bedacht zu sein, ob es nicht besser wäre, bei der Kranken eine Fistel anzulegen; aber wir hielten die Kranke in Folge ihres hohen Alters und ihrer Schwäche nicht geeignet dafür.

Die Kranke verliess am 11. März ungeheilt die Abtheilung.

Die Gallenblase kann durch das mechanische Verschliessen des ductus cysticus, oder des ductus choledochus, durch die in derselben zurückgebliebene Galle erweitert werden, manchmal in solch' hohem Maasse, dass die Gallenblase, welche mit einer fluctuirenden Flüssigkeit gefüllt ist, das sechsfache ihrer normalen Grösse erreicht, so dass sie oft bis zur Höhe des Nabels nach oben, ja sogar manchmal bis zur crista ossis ilei nach unten reichen kann. Henoch in Berlin erwähnt einen Fall, bei welchem das Gewicht des Inhaltes der Gallenblase 12 Pfund betrug. Noch merkwürdiger ist der von Erdmann beschriebene Fall, wo die Menge des in der Gallenblase vorhandenen Fluidums 60-80 Pfund betragen haben soll. In Folge dieser ausserordentlichen Ausdehnbarkeit der Gallenblase verliert ihre Schleimhaut allmälig ihre normale Structur und wandelt sich zu einer serösen Membran um, bis endlich die in ihr angesammelte Flüssigkeit, wenn die Galle aufgesaugt ist, eher eine seröse, oft wasserklare wird und nur wenig Gallenfarbstoff enthält, wie es auch in unserm Falle, nach der ersten Punction, der Fall war. Wegen der Ansammlung dieser farblosen, wasserklaren, serösen Flüssigkeit — an der Stelle der Galle — in der Gallenblase wird diese Krankheit Hydrops vesicae felleae genannt.

Wenn die Galle wegen Verschluss des ductus choledochus, cysticus oder des ductus hepaticus nicht ins Duodenum gelangen kann, dann erweitern sich in der Leber auch die feineren Gallengänge, und zwar entweder gleichmässig, oder stellenweise sackförmig, in welch' letzterem Falle die Leber hirsekorn- bis hühnereigrosse Geschwülste zeigt.

Folgende pathologische Verhältnisse können die Ursache der Versperrung des ductus cysticus oder choledochus sein:

Die inflammatorisch-hypertrophische Anschwellung oder Verdickung der Wandung der Gallengänge durch in denselben gebildete Narben oder durch die Duplicatur ihrer Membranen; ferner durch solche inflammatorische Prozesse, welche diese Wege verschliessen. Solche können sein: Croupöses Exsudat oder Schleim; in seltenen Fällen fremde Körper, die von dem Darm in die Gallengänge ein-

dringen, z. B. Darmwürmer; fernerhin solche Geschwülste, welche auf die Gallengänge von aussen einen Druck ausüben, dieselben verengern, oder aber sich in dieselbe fortsetzen und dieselben ganz verschliessen können; solche können sein: tuberculöse Geschwülste oder Abcesse, welche zumeist von den Retroperitonal-Drüsen ausgehen; grosse Echinococcen, oft auch aneurismatische Geschwülste. Einen solchen Fall erwähnt Stokes, wo ein Aneurysma der Arteria hepatica einen Druck auf die Gallengänge ausübte; weiterhin Geschwülste, welche im Pancreas, Pylorus, in der Leber und in den Lymphgefässen ihren Sitz haben. Zumeist werden die Gallengänge durch Gallensteine und caricinomatöse Geschwülste verschlossen; die Letzteren entstehen entweder primär (sehr selten) oder aber sie setzen sich fort von der untern Oberfläche der Leber, vom Pancreas, vom Magen, vom Duodenum, von den Drüsen (um das ligamentum hepato-ductdenale), oder aber von den Retroperitoneal-Drüsen.

Der Krebs der Gallenblase und der Gallengänge kommt am meisten mit Carcinom der Leber oder der Nachbarorgane vor, von welch' Letzteren der Krebs sich in die Gallengänge und von da in die Gallenblase fortsetzt. Wie die pathologischen Anatomen behaupten, ist der primäre Krebs der Gallenblase sehr selten; Bamberger sah dies nur ein einziges Mal, in allen übrigen Fällen kam er mit dem Krebse anderer Organe — zumeist mit dem der Leber — vor.

Ob die Leber oder die Gallenblase carcinomatös ist, lässt sich am Lebenden sehr schwer diagnosticiren. Durand-Fardel*) erwähnt als bezeichnende Symptome beim Krebse der Gallenblase, dass die krebsige Geschwulst in der Gegend der Gallenblase palpirbar ist und, dass eine Vergrösserung oder Formveränderung der Leber nicht wahrnehmbar ist; sehr selten ist Icterus und carcinomatöse Degeneration des Colon vorhanden.

Die Symptome, aus welchen man den Hydrops der Gallenblase erkennen kann, sind also folgende:

Das sicherste Symptom ist, wenn wir eine birnenförmige, scharf umschriebene, straffe, fluctuirende, mit ebener Oberfläche versehene und bewegliche Geschwulst palpiren können, welche unter den rechtsseitigen falschen Rippen, am unteren Rande der Leber ist und sich unter dieselbe fortsetzend, den Platz der Gallenblase einnimmt, auf den auf sie ausgeübten Druck sich nicht verkleinert. Wenn sie aber mit dem Peritoneum zusammenwächst, ist sie unbeweglich. Die Kranken haben keinen Appetit, leiden an Obstruction, sind icterisch; manchmal fühlen sie in der Magengegend einen dumpfen Schmerz, welcher zeitweise sehr heftig ist und zuweilen auch kolikartig; selten ist Brechreiz oder selbst Brechen zugegen.

Der Ausgang der Krankheit hängt immer von der Ursache ab; wenn das Verschliessen der Gallengänge durch einen inflammatorischen Prozess durch Gallensteine oder Darmwürmer, kurz, durch einen solchen Prozess hervorgerufen wird, welcher mit der Zeit schwindet, dann wird die Gallenblase immer kleiner, so dass sie wieder ihre normale Form und Grösse einnimmt; wenn aber Krebs, Aneurysma, tuberculöse Geschwülste oder andere pathologische Gebilde die Gallengänge verschliessen, welche constant sind, dann saugt sich die verschlossene Galle langsam auf und an deren Stelle tritt aus den Blutgefässen ein seröses Exsudat, wie es auch in unserem Falle geschah, die Gallenblase

*) Arch. gén. de Med. T. VIII. S. 171.

wird allmälig grösser, bis endlich die straffe Membran zerreisst, der Inhalt sich in die Bauchhöhle ergiesst und Peritonitis erzeugt, in Folge welcher die Kranken zu Grunde gehen.

Was die Therapie betrifft, verfahren wir symptomatisch; bei trägem Stuhlgang geben wir Abführmittel, entweder innerlich oder in Klystieren; ist ein entzündlicher Prozess zugegen, dann appliziren wir Blutegel oder kalte Umschläge; bei Verfall der Kräfte trachten wir dieselben durch gute Nahrung und Excitantien zu heben. Wir gehen aber am zweckmässigsten vor, wenn wir die Gallenblase punktiren, und zwar so oft, als sie sich vergrössert, dass sie dem Kranken beschwerlich ist; wenn die Cyste sich trotz des öfteren Punktirens füllt, ist eine Fistelbildung nothwendig.

Die Kranke liess sich am 28. April auf die dritte Abtheilung des St. Rochus-Spitales aufnehmen, wo sie am 5. Mai starb; ihre Leiche wurde nicht sezirt, nur die Leber und Gallenblase mit einem Theile des Duodenum's herausgenommen, welche von Prof. Dr. Babes untersucht wurde, mit folgendem Befund :

Die Gallenblase ist kindskopfgross, straff, stellenweise mit dem Omentum majus verwachsen; braune, trübe, flüssige Galle, viel braune, bröckelige Masse enthaltend. Die Wand der Gallenblase ein wenig verdickt, der Eingang schwer mit einer dünnen Sonde passirbar, gekrümmt, die Wandung bedeutend verdickt (2—3 mm.); die Innenfläche flach, höckerig, fein gezackt, weiss-roth, ebenso die Schnittfläche, auf welcher sich beim Kratzen eine weissliche, milchartige Flüssigkeit zeigt; dieselbe Beschaffenheit zeigt die Schleimhaut im ganzen Verlaufe des ductus choledochus bis zu dessen Eingang in das Duodenum ; hier ist eine haselnussgrosse Geschwulst, die schanzförmig ist, der Eingang verengt, grauroth, die Oberfläche ein wenig zottig, in der Tiefe dichter, weiss-röthlich, gezackt, entleert auf Kratzen eine milchähnliche Flüssigkeit. Die Geschwulst dringt in die Tiefe, erstreckt sich continuirend auf die Nachbargewebe und auch auf die Schleimhaut des ductus choledochus als höckrige, zackige Verdickung derselben, einerseits bis zur Verzweigung, andererseits in die Tiefe in das lockere Gewebe um den Ductus choledochus, stellenweise in Form von erbsengrossen, dichtere Herde bildende Infiltrationen, welche auf Kratzen viel milchartige Flüssigkeit geben.

Die Leber ist klein, flach, ihre Oberfläche glatt, zähe, zeigt eine serpentinartige Zeichnung; von ihrem oberen Ende gehen oberflächlich bis strohhalmdicke, eine Flüssigkeit enthaltende Kanäle, gegen den Hilus. An ihrer Convexität sind mehrere bis erbsengrosse, an der Oberfläche nabelartige, dichte, circumscripte, in dem mittleren Theile hellgelbe, auf Kratzen milchähnliche Stoffe entleerende Herde.

Wie aus der Obduction erhellt, hatten wir es mit einer Gallenblasen-Cyste zu thun, welche durch einen an der Oeffnung des Ductus choledochus sitzenden primären Krebs verursacht war, welcher nach Angabe des Prof. Dr. Babes häufig vorkommt. Der Ausgangsplatz des Krebses ist zumeist der basale Theil der Schleimdrüsen des Duodenum's ; der Krebs selbst hatte den Charakter eines Adenoma destruens und behielt auch in seinen metastatischen Herden diesen Charakter. Die Krebse, welche an der Mündung des Ductus choledochus vorkommen, verursachen —bevor sie noch Metastasen bilden—Icterus und gewöhnlich den Tod.

Prof. Dr. Babes sah an der ersten medizinischen Klinik des Prof. Dr. Wagner (Budapest), eine Krebsgeschwulst an der Mündung des Ductus choledochus, welche denselben verengerte ; sie war bohnengross, hatte drüsige Structur und war die einzige im ganzen Organismus.

Neuere dermatologische Behandlungsmethoden.

Von Dr. Ludwig Weiss, New York. *Mitglied der „Deutschen Poliklinik" (Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten.*

Vortrag, gehalten in der Med.-Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend, am 7. September 1885.

(Fortsetzung.)

Indem ich von der Besprechung der übrigen weniger gekannten Oleate absehe, thut es mir leid, dieser Klasse von Präparaten nicht diejenige Anerkennung zollen zu können, die sie ihrer ursprünglichen Bestimmung nach verdienten, und deren sie vielleicht in Zukunft theilhaftig werden dürften. Der ihnen nachgerühmten Eigenschaft der stärkeren Penetrationsfähigkeit, Oekonomie u. s. w. stehen die schwerwiegenden Thatsachen gegenüber, dass sie nur schwer und deshalb meistens fehlerhaft dargestellt werden können und dass nach ihrer Anwendung Reizungen der Haut beinahe zur Regel gehören. Anderseits erreichen wir durch unsere Fettsalben, die ja wie erwähnt im Entmischungsstadium zur Wirkung gelangen, denselben Grad der Resorptionsfähigkeit, ohne den Nachtheilen einer mangelhaft zubereiteten Oelsäure ausgesetzt zu sein.

Während die bisher erwähnten Präparate sich unter den Begriff „Salbe" summiren, gelangen wir nun zu einer Klasse von Arzneiapplikationen, in denen das gemeinschaftliche Streben ausgedrückt ist, die erkrankten Hautstellen nicht nur zu durchdringen, sondern dieselben auch zu decken und zwar mittelst einer mehr oder weniger permanenten, die Hautausdünstung nicht hindernden Schutzdecke, welche das Medikament gleichzeitig fixirt enthält. Man versuchte diesem Ziele näherzurücken, indem man die Pasten-Behandlung nach Lassar in Angriff nahm. Er konstruirte als Basis eine Amylum-Vaselinpaste, in welche für den speziellen Fall des Ekzems z. B. Salicylsäure, Zinkoxyd etc. eingetragen ist. Dieselbe mit etwas Amylum bestreut, deckt die Haut ausgiebig und ist als erster Schritt zur fixirenden adhaesiven Behandlung zu betrachten und recht brauchbar.

2 Theile Bolus (resp. das reinere Kaolin) und 1 Theil Leinöl geben eine gute Boluspastenbasis; durch Zusatz von etwas mehr Leinöl wird diese etwas flüssiger und hinterlässt ebenfalls einen rasch trocknenden Rückstand. Das Verhältniss von 3 Theilen Bolus und Leinöl + 2 Theile Zinkoxyd und Liq. plumb. Subacetici ergiebt eine ausgezeichnete Ekzempaste. Zu bemerken ist, dass zuerst immer Bolus und Leinöl (resp. Glycerin) unter sich zu mischen sind, ehe die Metallsalze hinzukommen, da letztere mit dem Bolus einen unlösslichen Kitt bilden würden. Besonders erwähnt sei hier noch eine an ein Volksmittel sich anlehnende Bleipaste, die von Unna durch Zusatz von Leinöl modifizirt, mir schon sehr gute Dienste leistete. Sie befähigt selbst den Armen, sich seine Ekzempaste en gros zu bereiten. Rp. *Lithargyr. Subt. Pulv.* 50,0. *Aceti* 80,0. *Coq. usque ad Consist. pastae, add ol. lini* (s. *Glycerini* s. *Ol. oliv.*) 10,0.

Die Paste kann, wenn eingetrocknet, durch Zusatz und Kochen von Essig „verjüngt" werden, wobei sich das Leinöl in Leinfirniss verwandelt. Es lehnt sich dieses Verfahren an die Klebemittel der Technik an, indem das Leinöl beim Kochen mit Zink, Bleioxyd und borsaurem Manganoxydul Sikkative bildet, die schnell Wasser anziehen und daher sehr austrocknend wirken, was besondsrs bei nässenden Hautkrankheiten als idealster Endzweck betrachtet wird.

Aus Billigkeitsrücksichten und weiters wegen der Intoleranz mancher Haut gegen Fette, konstruirte Unna seine Pasten[1]) aus Bolus und Leinöl als sog. Boluspasten und weiterhin in natürlicher Gedan-

[1]) P. G. Unna. Die Pastenbehandlung der entzündl. Hautkrankh., insbesondere des Ekzems. *Monatsheft f. prakt. Dermatol.* 1884. No. 2 u. 3, p. 38.

kenfolge die Blei-, Kleister-, Dextrin- und Gummipasten. Sie besitzen, obschon sie die Fettsalben nicht verdrängen werden, ihnen gegenüber die Vortheile der Einfachheit, Billigkeit und raschen Austrocknungsfähigkeit.

Die Kleister- Dextrin- und Gummipasten bilden ein sehr wünschenswerthes reines und reizloses Klebe-Vehikel, denen erst der Zusatz von Zinkoxyd, Schwefel u. s. w. die austrocknende Eigenschaft verleiht.

Eine Glycerinkleistergrundlage von der Zusammensetzung: Amyli oryrae pp. 3, Glycerin 2. Aquae pp. 15, M. Coq. ad remanent. pp. 15. nimmt die Hälfte und mehr feste Stoffe auf und ist für die Behandlung der *Akne*, besonders im Gesichte, dadurch werthvoll, dass sie nicht wie die Fettsalben abwischbar und daher durch Binden, Masken u. s. w. nicht festgehalten zu werden braucht. Zu bemerken ist, dass man die festen Stoffe gleich mit der Grundlage mischt und dann kocht. Allen diesen Pasten können die differentesten Zusätze wie, Salicylsäure, Carbol, Naphthol u. s. w. beigefügt werden.

Einen weiteren Schritt in dieser Richtung that Prof. Pick in Prag durch seine *Leim*-Behandlung[2] allgemeiner Ekzeme. Die Basis bildet die Formel: Reinstes Gelatin 50 Th. in 100 Th. Wasser, welchem dann der active Stoff unter fortwährendem Umrühren in der gewünschten Proportion zugesetzt wird. Diese Arzneigelatine kann sofort gebraucht resp. aufgepinselt werden, oder man lässt sie in Formen erstarren. Vor dem Gebrauche wird dieselbe in ein flaches Gefäss gethan, welches in heisses Wasser gestellt wird, worin die Masse sich alsbald verflüssigt und dann mittelst Borstenpinsels aufgetragen werden kann. Etwas Glycerin darüber applizirt, verhindert die Schutzdecke am Brüchigwerden.

Eine weitere Vervollkommnung dieser Methode ging von Unna aus, indem er das Glycerin gleich im Vornhinein mit der Gelatine zu sog. Glyceringelatine verband.

Die Formel ist: 1 Th. Gelatine wird mit 3 Th. Glycerin zu einer durchsichtigen Masse gekocht. Je nach dem Gehalte an Gelatine unterscheidet man Glyceringelatinae durae und mollae. Die entsprechenden Stoffe werden mit Wasser entweder vor dem jedesmaligen Gebrauche unter stetigem Umrühren hinzugesetzt oder während der Bereitung sogleich incorporirt, sodann in Rollen gegossen, als Glyceringelatinpflaster aufbewahrt. Vor dem Gebrauche werden dieselben durch Hitze verflüssigt und mittelst Borstenpinsels aufgetragen. Die entstehende Schutzdecke ist geschmeidig und haftend. Die so erhaltenen Zink-, Salicyl-, Naphthol-, Theer- und Pyrogallus-Leime und Glyceringelatine sind besonders in Ordinationsanstalten von Nutzen, indem die Applikation vom Arzte überwacht werden kann und das Präparat stets fertig zum Gebrauch ist.

Die Pasten und Leime deren Grundlage theils indifferente, theils mild und reizlos wirkende Vehikel bilden und die erst durch die Beimischung von differenten Stoffen eine Heileinwirkung erzielen, sind als Deck- und Klebemittel bei allen acut-entzündlichen und exsudativen Processen angezeigt und werden besonders bei über grössere Körperflächen auftretenden universellen Dermatosen die Salbenbehandlung mit Vortheil ersetzen. Der Wegfall der Einwickelungen, das alsbaldige Erstarren der Applikation, die damit verbundene Reinlichkeit sind die Errungenschaften dieses Systems.

Im Gegensatze zu diesen, werden alle jene Fixationsmittel, welche selbst reizend auf die Haut wirken von der Behandlung der benannten Dermatosen ausgeschlossen sein. Hierher gehören das Collodium und Traumaticin, Beide häutchenbildenden Vehikel haben ihren

[2] *Monatshefte f. prakt. Dermatologie.* No. 2. 1883.

Ursprung in dem Bestreben, das gegen Psoriasis so äusserst wirksame Chrysarobin, welches als Salbe und auf grössere Flächen eingerieben Dermatitis, Oedem und Verfärbung der benachbarten Haut (und Wäsche) verursacht, — mit Ausschaltung dieser Inconvenienzen in der Dermathotherapie beibehalten zu können. In diesem Vehikel suspendirt, ist die Möglichkeit gegeben, das Mittel mit den erkrankten Plaques direct in Contact zu bringen, wodurch die Infiltration bald nachlässt, die Desquamation alsbald fortschreitet und an Stelle der Psoriasisplaque ein weisser, reizloser, nicht schuppender Flecken zurückbleibt.

Dr. G. H. Fox[3]) (New York) war der erste, der die localbeschränkte Anwendungsweise des Chrysarobins in Form einer Paste versuchte, indem er die so bestrichenen erkrankten Stellen mit einer Collodiumlage befestigte. Nun wird die Methode fortwährend verbessert! Seseman[4]) schlägt bereits vor, das Chrysarobin in Collodium zu lösen. Bald darauf schlug Auspitz[5]) ein neues Vehikel, das Traumaticin vor, eine Lösung von 1 Th. Guttapercha in 10 Th. Chloroform. Als Vortheile desselben werden angeführt, dass es ein dünneres, schmiegsameres Häutchen als die Gelatine oder das Collodium bildet, welches ohne zu bröckeln, länger anhaftet, als jene. In beiden Vehikeln lösen sich ausser dem Chrysarobin, die Pyrogallus- & Salicylsäure, das Naphthol und eine Reihe anderer Stoffe, die auf die Regeneration der Epidermis günstig einwirken. Die Anzahl dieser klebenden Excipientien wird immer noch vermehrt. So z. B. die Tct. benz. Comp., dann das Ol. Ricini, Bals. Peruvian, Tct. Myrrhae, in welche selbst schon antiparasitisch wirkende Mittel noch anderere parasiticide, antipruriginöse, Epidermisregenerirende etc. Stoffe eingetragen werden können.

Ihre Hauptanwendung werden demnach die Collodien und Guttaperchas finden in den mehr chronischen Hautaffectionen oder in solchen subacuten, die einen tüchtigen Reiz—als Umstimmungsmittel—ertragen; an beweglichen Theilen, an den Gelenken wegen ihrer Flexibilität und Elasticität, wegen ihrer gleichmässigen Compression, die auf die Resorption günstig einwirkt und hauptsächlich auch desshalb, weil die Behandlung selbst schwerer Fälle von Psoriasis, Herpes tonsurans u. s. w. in ambulanter, die Berufsthätigkeit nicht störender, Weise ermöglicht wird.

Eine weitere, wenn auch der Form nach nicht ganz neue Methode für die topische Application von Mitteln bilden die Salben — resp. Guttaperchapflastermulle. Von Unna eingeführt sind sie wenigstens uns amerikanischen Aerzten unter einem andern Namen und noch besser unter dem Hochdrucke einer kräftigen Reclame als "Porous Plasters" oder auch "Rubber Adhesive Plasters" nur zu bekannt. Freilich werden dieselben bisher nur als Rubefacientia, Resorbentia, etc. verwendet; ich erinnere an die Capcine-, Belladona-, Cantharidien- und Mercurpflaster. Besonders die letzten beiden von den Aerzten statt der entsprechenden ex tempore angefertigten häufig verwendet. An eine strict dermatotherapeutische Anwendung durch Beimischung der bekannten Mittel wurde nicht gedacht. Uebrigens schliesst sich ihre Einführung in die Hauttherapie an das schon früher gegen syphilitische Læsionen benützt Empl. Hydrargyri in natürlicher

[3]) *Medical News*, March 1882.

[4]) *Monatsh. f. pract. dermatol.* No. 2, 1885.

[5]) *Wiener Med. Wochenschrift*, Nos. 30—31, 1883.

Gedankenfolge an. Die Basis bildet Guttapercha, welcher in dünner Lage auf die Mulle ausgebreitet wird; die Medicamente werden in Gummi elasticum emulgirt und können durch die Einverleibungsfähigkeit dieser Klebemasse bis in höchstprocentigen Concentrationen aufgetragen werden. Die Guttaperchapflastermulle bilden einen Occlusiv-Verband in sich selbst durch ihre ausgezeichnete Adaptionsfähigkeit.

(Schluss folgt,)

Nochmals: Otitis media acuta während der ersten Dentition.

Von Dr. S. Kohn, Ohrenarzt an der Deutschen Poliklinik.

Zwei Gesichtspunkte waren es, die sich bei Veröffentlichung des Artikels über denselben Gegenstand in No. 1 der N. Y. Medizinischen Presse im Auge hatte:

Erstens, sollte die Aufmerksamkeit des praktischen Arztes auf eine Krankheit des Säuglingsalters gerichtet werden, welche erwiesenermassen sehr selten (in diesem Alter) erkannt und diagnostizirt wird, und

Zweitens, sollte dargethan werden, dass möglicherweise ein Causalnexus bestehe zwischen dieser Krankheit (*Otitis media acuta*) und einem schwierigen, resp. schmerzhaften Durchbruch der Milchzähne.

Die Lectüre von Dr. Seibert's Entgegnung in No. 2 der N. Y. Medizinischen Presse, hat die Ueberzeugung in mir befestigt, dass die Veröffentlichung meiner Beobachtungen und Schlüsse durchaus zeitgemäss war, wenn sie auch — wenigstens von Seiten dieses Herrn — nicht die richtige Auffassung gefunden haben.

Ich werde versuchen, diese irrthümliche Auffassung in einigen Punkten richtig zu stellen, zumal da dieselbe vielleicht von anderen Collegen getheilt werden mag; es wird dies hoffentlich dazu dienen, dem Gegenstand diejenige Aufmerksamkeit zuzuwenden, welche ihm gebührt.

Dr. S. sagt:

Mit dem Fortschritte in der pathologischen Anatomie und der experimentellen Physiologie verschwand das Zahnen rasch aus der Reihe der Krankheitserreger.

Albrecht in Eulenburg's *Realencyclopädie der medizinischen Wissenschaften* [1]) ist anderer Ansicht. Er meint, dass das Zahnen nicht nur *Odontitis*, *Odontalgie*, *Gingivitis* und gelegentlich sogar *Abcesse* und *Gangrän des Zahnfleisches* verursachen kann, sondern auch alle Störungen, welche durch Irritationszustände des *Trigeminus* hervorgerufen werden können. Zu diesen gehören aber auch allgemeine Convulsionen, welche mein Kritiker selbst für "denkbar" hält.

Erb in Ziemssen's *Encyclopädie* [2]) zählt einige Formen der Entzündung auf, welche durch Trigeminus-Neuralgie veranlasst werden, darunter Neuroparalytische Ophthalmie und Iritis (Anstie).

Dass Neuralgie und andere Schmerz verursachende Irritations-Zustände von Nerven niemals Entzündung hervorrufen können, ist eine Behauptung, welche mit den Ansichten der bedeutendsten Autoritäten im Widerspruch steht.

---

[1]) 1. Auflage, Bd. VI. p. 52.

[2]) Buck's American Edition, Vol. XI. p. 111, auch Zoster frontalis und ophthalmicus, Herpes labialis und Conjunctivae.

Von Recklinghausen[3] neigt zu der Ansicht, dass jede Entzündung durch Irritation sensibler Nerven und vaso-motorische Reflex-Störungen erklärt werden kann; dass der Zusammenhang zwischen Schmerz und demselben folgender Entzündung in manchen Fällen klinisch und experimentell erwiesen worden ist — ja er erwähnt sogar gerade Otitis als eine der möglichen Sequelae von Trigeminus-Neuralgie.

Es ist diese Arbeit v. Recklinghausen's überhaupt ein Meisterwerk, dessen Lectüre Herrn Dr. Seibert — ganz abgesehen von allem Sachlichen — gewiss veranlassen dürfte, in seinen Aussprüchen etwas vorsichtiger zu sein. Wie objectiv und wohlabgewogen ist da jedes Wort; z. B. die Darstellung der verschiedenen Theorien über die Genesis der Entzündungen.[4] Nach einer ausführlichen Schilderung der durch neuroparalytische Vorgänge zu Stande kommenden Entzündung, wird da ausdrücklich der Erkältung[5] als Ursache für arterielle Congestion und nachfolgende Entzündung Erwähnung gethan; und zwar wird dieselbe als Reflex-Erscheinung aufgefasst. Ebenso eingehend sind die Theorien der Eiterbildung[6] und der Entzündungen auf neurotischer Basis[7] abgehandelt, welche zwar auch auf den vorliegenden Gegenstand Bezug haben, aber welche zu erörtern zu weit führen würde.

Dr. S. sagt ferner:

Die Otitis ist eine eitrige Entzündung .. Dass Eiterbildung nur in Folge von septischer Invasion entsteht ... Warum soll das im Mittelohr anders sein?....

Daraus folgt für ihn, dass es falsch sei, die Entzündung auf Nervenreiz und Schmerz zurückführen zu wollen. Dem ist jedoch nicht so. Die Otitis ist durchaus nicht immer eine eitrige Entzündung; sie kann unter Bildung eines nur serösen oder nur schleimigen Secretes verlaufen. Da die Paukenhöhle durch die Tuba mit dem Pharynx communicirt, so kann durch Luftzutritt dieses Secret eitrig werden, wie auf jeder entzündeten Schleimhaut; aber die Otitis kann auch ohne Eiterbildung verlaufen, wie jeder Otiatriker aus Erfahrung weiss.[8]

Ist es nun, im Hinblick auf alles oben Vorgebrachte, wirklich ein "Schweifen in die Ferne", wenn man annimmt, dass in Folge der Reizung der peripheren Trigeminus-Enden im Zahnfleische eines Säuglings, dessen Zähnen irgendwie behindert und schmerzhaft ist, — dass, sage ich, dadurch auf neuroparalytischer oder vielleicht neurotonischer Basis eine Entzündung der Paukenhöhlen-Schleimhaut veranlasst wird mit serösem oder schleimig-serösem Exsudate? Natürlich kann dasselbe entweder in der obenangegebenen Weise oder durch Ruptur des Trommelfelles eitrig werden.

Dass eine grosse Anzahl von Säuglingen an den Folgen einer während des Lebens nicht erkannten *Otitis media* sterben, beweisen die im ersten

---

[3] *Handbuch der allgemeinen Pathologie des Kreislauf's und der Ernährung;* 2. & 3. Lieferung von Billroth & v. Lücke's *Deutscher Chirurgie.* p. 236.

[4] Op. cit. pag. 210 u. 211.

[5] Op. cit. p. 212.

[6] Op. cit. p. 222.

[7] Op. cit. p. 235.

[8] In einer Arbeit über „Schmerz und Neuralgie" im 4. Bande von Virchow's *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* (p. 48) erwähnt Hasse die Turgidität und die vermehrte Secretion derjenigen Schleimhäute, welche in dem Bereiche des afficirten Nerven liegen.

Artikel angeführten Sektionen von Troeltch zur Genüge. Ich habe nun die Berichte des "*Register of Vital Statistics of the City of New York*" durchgesehen und gefunden, dass bei ca. 20,000 Kindern unter einem Jahre nicht ein einziges Mal Otitis media als Todesursache angegeben worden ist Tausende von Sterbefällen sind als durch Convulsionen verursacht angegeben, aber nicht ein einziger wird mit der Krankheit in Verbindung gebracht, auf welche ich die Aufmerksamkeit der Praktiker lenken möchte und kein einziges Mal erscheint dieselbe als Todesursache.

Das verhältnissmässig häufige Vorkommen der Otitis bei Säuglingen verlangt eine Erklärung; Troeltsch hat gezeigt, dass eine Prädisposition dazu gegeben ist, indem bei Säuglingen die Paukenhöhle verhältnissmässig klein und die sie auskleidende Schleimhaut sehr gefässreich ist. Mein Bestreben war es, in schwerem und schmerzhaftem Zahnen eine *causa excitans* nachzuweisen, welche freilich nicht die einzige sein mag. Das dürfte zwar nicht den Vorzug der Neuheit besitzen, wie Dr. S. meint, denn wie er erwähnt, pflegen Laien für alle Kinderkrankheiten das Zahnen verantwortlich zu machen — aber um den war es mir durchaus nicht zu thun. Der Zweck meiner Arbeit war speziell der, die Aufmerksamkeit der Collegen auf ein Organ zu richten, dessen Beobachtung bei Säuglingen bisher sehr vernachlässigt worden ist, indem ich einen Symptomen-Complex beschrieb, welcher meiner Erfahrung nach einen Anfall von Otitis beim Säuglinge mit Sicherheit vermuthen lässt.

Dass die Dentition ein physiologischer Process ist, ist unläugbar richtig; aber welcher physiologische Process kann nicht unter gewissen Bedingungen in einen pathologischen umschlagen, zumal bei Kindern, bei denen so wie so eine physiologische, eine Wachsthums-Congestion (*sit venia verbo*!) besteht? Dass der Schmerz des Zahnens nicht viel mehr sei, als ein „lästiges Jucken", ist eine völlig unhaltbare Behauptung, die keiner Widerlegung bedarf.

Es ist mir eine gewisse Genugthuung gewesen, von verschiedenen Collegen das Zugeständniss zu erhalten, dass sie im gegebenen Falle bei Säuglingen mit, den geschilderten ähnlichen, Symptomen jetzt der Untersuchung des Ohres gedenken werden. Der praktische Arzt wird im Allgemeinen erst auf ein Ohrenleiden aufmerksam, wenn ihm von einem „Laufen des Ohres" berichtet wird und dann ist ja meist das Schlimmste vorüber. Ich würde mich freuen, wenn auch meinem geehrten Herrn Kritiker unter den in Zukunft von ihm zu behandelnden Kindern einige Fälle von Otitis während der ersten Dentition begegnen sollten.

Mattoni's Giesshübler, reinste alkalische Sauerbrunnen sind die besten und zuträglichsten Trinkwässer (Tisch- u. Erfrischungs-, wie ebensowohl diätetisches Getränk für Kranke und Reconvalescenten) und ihr Werth ist durch bedeutenden Consum in allen Ländern (über 4 Millionen jährlicher Versandt), wie durch 12 Ausstellungsprämien hinreichend documentirt.

Reichthum an freier Kohllensäure und geringer Gehalt an erdigen und schwefelsauren Salzen bedingen ihren Wohlgeschmack und ihre erfrischende, belebende Wirkung und charakterisiren sie als gesunde, rein natürliche Sodawässer. (Mischung mit Wein und Limonaden).

Seit mehr als 100 Jahren bekannt und medizinisch benützt, haben sie sich vermöge ihres Gehaltes an Natrium bicarbon. als kräftiges alkalinisches Mittel bestens bewährt bei Bildung überschüssiger Säure im Körper, bei katarrhalischen Erkrankungen der Athmungs- und Verdauungsorgane (mit Milch bei Husten, Heiserkeit; bei Magenkatarrh etc.); bei Blasenkatarrh und in den meisten Kinderkrankheiten sind sie ein in der ärztlichen Praxis längst anerkanntes Specificum.

An Wohlgeschmack und verlässlicher Wirkung werden sie von keinem bekannten Mineralwasser übertroffen.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Deckel liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Der Neunte Internationale Medizinische Congress.

II.

In der Sitzung der *American Medical Association*,[1] welche vom 6 — 8 Mai 1884 in Washington abgehalten wurde, beschloss dieselbe den Internationalen Medizinischen Congress im Namen der Mediziner der Union zur Abhaltung seiner neunten Sitzung in Washington einzuladen. Es wurde auch sofort ein Comité von Sieben ernannt, welches diese Einladung überbringen und, falls sie angenommen, die Vorarbeiten sofort in Angriff nehmen sollte. Dasselbe hatte die üblichen Vollmachten, d. h. sich zu organisiren, Fonds zu sammeln und bis zu $500 auf die Casse der A. M. A. zu ziehen. Das Comité bestand aus Austin Flint, Präs.; J. S. Billings, Secr.; A. Jacobi; Geo. Engelmann; I. Minis-Hays; Lewis Sayre und Christopher Johnson. Die Einladung seitens dieser, gewiss würdigen Repräsentanten der amerikanischen Mediziner wurde in Kopenhagen angenommen und es wurde von Sir Paget besonders betont, dass man diese Einladung als von der gesammten medizinischen Facultät der Vereinigten Staaten ausgehend betrachte und nicht so, als wenn sie von einer oder einzelnen Gesellschaften herrühre.

Als hierauf in der am 24. März 1885 in New Orleans tagenden Versammlung der *Am. Med. Association* dieses Comité[2] seinen Bericht abstattete, erhob sich ein Sturm des Unwillens, während man doch hätte erwarten dürfen, dass die mit grossem Eifer vollzogene Organisation der einzelnen Sectionen etc., Ausarbeitung der Regulative und Correspondenzführung entsprechende Anerkennung hätte finden sollen. Man beschuldigte das Comité, dass den Mitgliedern desselben zu viele Ehrenstellen zugetheilt worden seien, dass auf geographische Verhältnisse[3] zu wenig Rücksicht genommen worden sei und endlich, dass die

[1] In deren Listen übrigens nur **5000** Namen (als Vertreter von etwa 60,000 Aerzten) figuriren. D. Red.

[2] Dem auf Antrag Jacobi's noch N. S. Davis zugefügt worden war.

[3] Es waren viele Aemter an Aerzte aus den östlichen Staaten, speziell Philadelphia, vergeben und der Westen und Süden weniger berücksichtigt worden.

Anhänger des *New Code* zu sehr bevorzugt worden seien, (obgleich früher beschlossen worden war, von der *Code*-Frage abzusehen.) Trotz des Protestes, welchen Flint, der Präsident des Achter-Comité's erhob, dass die Congressbehörde ohne Rücksicht auf die *Code*-Frage erwählt und überhaupt permanent und, weil vom früheren Congress bevollmächtigt, vom Congresse, aber nicht von der *Am. Med. Association* zur Verantwortung gezogen werden könne — wurde doch beschlossen, die Arbeiten des Comité's einer Revision zu unterziehen. Zu diesem Behufe wurde die Mitgliederzahl desselben erhöht, indem ihm je ein Repräsentant von jedem Staate resp. jedem Territorium und ebenso je einer von der Armee, der Flotte und dem *Marine Hospital Service* zugefügt wurden.

Die erste Zusammenkunft dieses (aus über vierzig Mitgliedern bestehenden) neuen Comité's endete mit der Resignation der ursprünglichen Mitglieder mit Ausnahme Flint's, da die ganze Arbeit desselben repudiirt wurde und Männer an die Spitze kamen, die mit wenigen Ausnahmen wohl gute „Drahtzieher" sein mögen, die aber keinen nationalen, geschweige denn einen internationalen wissenschaftlichen Ruf als Mediziner haben.

Diese Vorgänge waren das Signal zur Resignation von etwa 160 der berühmtesten und geachtesten Mitglieder der *Am. Med. Association*, eine Wirkung, welche die betr. Herren allerdings nicht erwartet hatten. Sie versuchten desshalb einzulenken und erklärten sich später sogar bereit, Anhänger des *New Code* wiederaufzunehmen, wenn dieselben auf ihre Wählbarkeit zu Ehrenämtern verzichten würden.

Das Sonderbarste ist, dass in einer späteren Sitzung dieses für den Congress ernannte Executiv-Comité im Einklange mit der obenerwähnten Ansicht Flint's, sich nun für völlig unabhängig und unverantwortlich gegenüber der *Am. Med. Association* erklärte, während in New Orleans diese Ansicht auf das Heftigste bekämpft worden war.

Diese beklagenswerthen Vorgänge wären überhaupt nicht möglich gewesen, wenn nicht die Sitzung in New Orleans sehr wenig besucht gewesen wäre. Die dort anwesenden Mitglieder, meist aus den West- und Südstaaten der Union, wurden von einigen unzufriedenen Strebern leicht überredet, dass man sie zurückgesetzt habe. Namentlich zeichnete sich Dr. John Shoemaker dadurch aus, dass er eine falsche Anklage gegen die *New-Coders* im alten Comité erhob, nämlich die: Sie hätten gedroht, die Annahme der Einladung seitens des Kopenhagener Congresses zu hintertreiben, wenn man ihnen keine Repräsentation im Comité zugestehe. Jacobi, der einzige Anhänger des *New Code* im Comité forderte Shoemaker desshalb brieflich auf, Beweise für diese Anklage zu bringen, die er für völlig aus der Luft gegriffen erklärte. S. antwortete ausweichend und hat sich bis heute noch nicht von dem Verdachte der absichtlichen und bewussten Verleumdung reinigen

können. Trotzdem wurde dieser Herr von dem neuen Comité zum Präsidenten des abzuhaltenden Congresses designirt.

Wie man über diese unerquickliche Angelegenheit in europäischen, speziell deutschen medizinischen Kreisen denkt, ist am besten ersichtlich aus einem Artikel von Prof. Ewald, dem Redakteur der *Berliner Klinischen Wochenschrift* in No. 43 (1885) derselben. Da heisst es zum Schlusse:

„Es wurde wiederholt ausgesprochen und auch wir sind der gleichen Ansicht, dass sich kaum eine hervorragende Persönlichkeit unter den deutschen Aerzten bereit finden wird, nach Amerika zu gehen mit der Aussicht, unter dem Präsidium des Herrn Shoemaker und in einem zerfahrenen und zersplitterten Unternehmen zu sitzen. Diese unsere Unterstützung haben die Herren des alten Comité's, zum Theil uns persönlich bekannte und hochgeachtete Männer, in vollem Maasse. Wenn wir bisher von diesen häuslichen Zwistigkeiten keine Kenntniss gegeben haben, so geschah es in der Hoffnung, dass sich ein friedlicher Ausgleich zum Besten der Sache finden würde. Auch jetzt scheint es uns noch nicht zu spät dazu. Im nächsten Frühling tritt wiederum die Versammlung der *Am. Med. Association* zusammen. Möge sie mit der Einsicht, dass es keine Schande und nie zu spät ist, ein begangenes Unrecht zu erkennen und wieder gut zu machen, dem ursprünglichen Comité ein Vertrauensvotum ertheilen und dasselbe in seine alte Stellung wieder einsetzen. Wir sind von der Standesliebe und dem wissenschaftlichen Eifer der Herren überzeugt, dass sie Dem die ihnen angethane Kränkung unterordnen werden, wie wir auch andererseits allen Grund haben anzunehmen, dass unter den jetzigen Zuständen der Congress überhaupt ein totaler Misserfolg sein wird."

Nun hat zwar das Comité von diesen und anderen europäischen Kundgebungen in keiner Sitzung irgend welche Notiz genommen, auch auf der am 18. November in New York abgehaltenen Sitzung sind fast nur Routine-Geschäfte abgewickelt worden. Aber die Mediziner selbst, namentlich die der grösseren Städte und des Ostens fühlen die Demüthigung tief, welche ein Fiasco des 9. internationalen Congresses für die medizinische Facultät America's sein würde und der in unserer Correspondenz von Philadelphia (No. 2, S. 98–99) geschilderte Ausfall der Wahlen in der *Philadelphia County Medical Society* von Delegaten für die *Am. Med. Association* zeigt recht deutlich, dass ein Umschwung sich vorbereitet.

Hoffen wir, dass es nicht zu spät ist! Vielleicht wird der Congress doch noch zu Dem, was er sein könnte und sein sollte!

Unter den Sitzungsberichten deutscher Gesellschaften beginnen wir heute die Veröffentlichung der Protokolle der „Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte," welche seit etwa 25 Jahren am letzten Freitage eines jeden Monates (mit Ausnahme des Juli und August) im Hause Dr. A. Jacobi's abgehalten werden. Dieselben wurden damals von dem Collegium der Aerzte des *Deutschen Dispensary* begonnen; bei der ersten Sitzung waren u. a. anwesend: Dr.

Krackowizer, Dr. Cammerer, Dr. Althof und Dr. Herzog, die seitdem dahingeschieden sind. Ferner die zum grössten Theile noch jetzt am *Deutschen Hospitale* thätigen Collegen: Dr. Jacobi, Dr. Noeggerath, Dr. Schwedler, Dr. Schnetter, Dr. Voss und andere.

Der Beschluss, die bis dahin ungedruckt gebliebenen Verhandlungen zu veröffentlichen, wurde am 28. November 1879 gefasst und durch Abdruck derselben in englischer Sprache bis zum Jahre 1883 im *New York Medical Journal* zur Ausführung gebracht.

Dieselben sind vor einiger Zeit in einem Separatabdruck, nur für die Theilnehmer an den Zusammenkünften bestimmt, erschienen, welcher ein ganz stattliches, inhaltsreiches Bändchen ausmacht. Die noch ungedruckten Protokolle der Verhandlungen, beginnend mit Januar 1884, sind uns nun zur Veröffentlichung übergeben worden und wir unterziehen uns dieser Pflicht mit Freuden. Wir werden, wenn es uns der Raum erlaubt, in jeder Nummer zwei dieser Protokolle bringen, um recht bald im Stande zu sein, jedesmal die Verhandlungen des vorhergehenden Monates zu veröffentlichen.

Wir machen auf die Correspondenz aus San Francisco aufmerksam, welche der Feder eines der tüchtigsten Collegen „am goldenen Thore" entstammt. Dieselbe giebt eine sehr übersichtliche Skizze der medizinischen Verhältnisse in Californien's Hauptstadt „und Umgegend!"

Dr. Adolf Baginski (Berlin) hat für die New Yorker Medizinische Presse Correspondenzen in Aussicht gestellt, deren erste wir unseren Lesern recht bald vorzulegen hoffen. Der Name dieses tüchtigen Pädiater's bürgt dafür, dass unsere Leser sich auf inhaltsreiche und interessante Mittheilungen gefasst machen dürfen.

In der nächsten Nummer werden wir die Veröffentlichung ziemlich ausführlicher Mortalitätstabellen für die grösseren Städte der Union beginnen und sagen unseren Herren Correspondenten für Uebersendung des betr. Materiales vorläufig schon besten Dank.

IN MEMORIAM!

Alfred C. Post, *M. D., L. L. D.*

Mittwoch, den 10. Februar haben wir ihm die letzte Ehre erwiesen, einem Collegen, dem es vergönnt und dem es lieb war, bis zum Ende seines langen Lebens in seinem Berufe auszuharren und seine Pflichten jederzeit und mit Freude, ja mit Aufopferung zu erfüllen. Wer Dr. Post gekannt hat — und wer kannte ihn nicht? — achtete ihn, wer mit ihn umging, musste ihn lieb gewinnen. Als College zuvorkommend, würdig und verlässlich, mit Auskunft und gutem Rathe aus dem reichen Schatze seines Wissens dem Fragenden zu Diensten, war er

ein Consiliarus, wie ihn der jüngere Arzt sich nicht besser wünschen konnte. Wie wusste ich es ihm Dank, als ich ihn im Jahre 1867 in in einem acuten und höchst bedenklichen chirurgischen Falle zur Consultation herbeiholte und er nach Untersuchung desselben die Frage „wann, wie und wo" geschnitten werden sollte, so beantwortete: „Doctor, ich erinnere mich ganz bestimmt in einem Hefte der früheren Jahrgänge des N. Y. Med. Rec. einen Artikel von Dr. Willard Parker gelesen zu haben, welcher einen ähnlichen Fall beschreibt und uns manche wichtigen Aufschlüsse geben dürfte. Kommen Sie mit mir nach Hause und lassen Sie uns die betreffende Journal-Nummer suchen." Das thaten wir denn auch; der Fund war in dem Falle geradezu unschätzbar für mich, und der Verlauf des Falles mit Dr. Post's Beihülfe ein günstiger.

Etwa sechzig Jahre lang hat er in hiesiger Stadt als Arzt praktizirt, unterrichtet, ist in Spitälern thätig gewesen, hat an den Verhandlungen vieler ärztlichen Vereine lebhaften Antheil genommen und eine Reihe von interessanten Beobachtungen und therapeutischen Verfahren publicirt. Sein Gedächtniss war geradezu wunderbar und blieb ihm bis ins hohe Alter treu. Im 80. Lebensjahre noch hatte er den Enthusiasmus der Jugend für neue Wahrheiten, ohne je den Boden der Thatsachen zu verlassen. Als Vortragender war er bündig und klar, im Operiren gewandt und sicher, im Schreiben logisch und präcis. Sein Wissen war nicht auf die Medizin beschränkt, sondern dehnte sich auch auf das Gebiet der klassischen Wissenschaften aus. Ohne bigott zu sein, nahm er es doch sehr ernst mit dem protestantischen Glauben, in welchem er aufgewachsen war, und war von echt religiösem Gefühle durchdrungen.

Dr. Post wurde 1805 in hiesiger Stadt geboren. Sein Vater war ein angesehener und reicher Kaufmann. 1822 machte er das Abiturienten-Examen und fing an, bei seinem Onkel Dr. Wright Post, einem New-Yorker tüchtigen Chirurgen, die Arzneikunde zu studiren, er wurde später im *College of Physicians and Surgeons* eingeschrieben, von wo er im Jahre 1827 als Arzt promovirt ward. Er ging sodann nach Europa, um seine medizinische Bildung in Paris, Berlin und Edinburgh zu vollenden. Nach seiner Rückkehr (1829) begann er die Ausübung der Praxis, welche eine vorwiegend chirurgische war, und harrte in derselben aus bis kurz vor seinem Tode. Schon 1836 war er Arzt an dem *New York Hospital*, später am *St. Luke's-* und *Presbyterian Hospital*. Er war einer der Gründer des „*Medical Department of the University of the City of New York*"; war ordentlicher Professor der Chirurgie und path. Anatomie daselbst während einer Reihe von Jahren und zur Zeit seines Todes Präsident der Facultät, sowie Consiliarius am *New York-* und *Woman's Hospital*. Er war Mitglied der *N. Y. Academy of Medicine*, der *Pathological*, *County Medical* und *State Med. Society* und mehrerer ausländischer Gesellschaften.

In manchen der genannten Vereine fungirte er gelegentlich als Beamter, und trug sein Bestes zum Gedeihen derselben bei. In Allem, was er that, methodisch und verlässlich, verwaltete er die zahlreichen Vertrauens- und Ehrenstellen, zu denen er gewählt wurde, in thatkräftiger und würdiger Weise. Seines Namens und seines Wirkens wird in den Annalen der medizinischen Collegien und der ärztlichen Vereine unserer Stadt und des ganzen Landes für alle Zeiten in ehrender Weise gedacht werden.

Seine Frau verlor Dr. Post vor 9 Jahren; ihn überleben noch drei

Söhne und vier Töchter. Einer der Söhne, Dr. George E. Post, ist seit vielen Jahren schon *Arzt der Presbyterianischen Mission zu Beirut in Syrien*, und hat sich dort als Chirurg einen ausgezeichneten Namen erworben.

L. Weber.

Cocain.

In der Sitzung der *Berliner Medizinischen Gesellschaft* vom 4. November 1885 berichtete Dr. Heymann über einen Fall von Cocainintoxication, welchen er für den schwersten, veröffentlichten erklärt. Bisher hätten nur Smidt und Ranc gesteigerte Reflexthätigkeit, Hallucinationen und maniakalische Anfälle, und Obersteiner Agrypnie und Hallucinationen nach Cocaingebrauch beobachtet; und endlich habe Blumenthal bei einem verwachsenen Manne zu zwei verschiedenen Malen nach Cocain (subcutane Injection von 0,02) gesteigerte Reflexerregbarkeit, Muskelzittern, leichte Mydriasis und Schwindel bemerkt.

Heymann's Patient, ein Knabe von 9½ Jahren, sollte von ausgedehnten Papillomen im Kehlkopfe befreit werden. Es war schon früher unter Cocain eine Exstirpation vorgenommen worden, doch war die Quantität des verbrauchten Cocains beim zweiten Male eine sehr grosse. Rachenraum und Kehlkopf wurden mit einer 20 proc. Lösung bepinselt und 25 g. derselben, d. h. ein Gramm Cocainum muriaticum verbraucht. Anaesthesie war erreicht, doch die Reflexthätigkeit nicht völlig erloschen. Nachdem die Operation rasch beendet worden, schwankte Pat. auf dem Stuhle und musste auf ein Sopha gebracht werden.

Patient befand sich während der nächsten fünf Stunden in apathischem, schlafähnlichem Zustande. Die Augen blieben jedoch geöffnet und er antwortete klar und verständig, aber zögernd und mit einem gewissen Erstaunen im Ausdrucke, klagte weder über Schmerzen noch Hunger, konnte nur mit Unterstützung gehen; Gang schwankend. Pupillen normal in Grösse und Reaction; konnte lesen. Cornea und äussere Haut normal empfindlich. Puls erhöht: 100 Schläge, voll und kräftig; Respiration 30; Temp. 38,2° C. (100.75° F.). Die Anästhesie des Rachens war schon nach zwei Stunden vorüber.

Nach fünf Stunden wurden Puls und Athmung normal; Patient konnte jedoch gar nicht gehen. Musste heimgefahren werden und schlief erst nach weiteren fünf Stunden — nach inzwischen gestilltem Hunger — ein. Am nächsten Tage waren alle Erscheinungen geschwunden und alles war und blieb normal.

Heymann hat zuerst das Merck'sche, später das von Boeringer (München) dargestellte Cocain angewandt; in dem berichteten Falle — wie es scheint — das erstere.

Dasselbe hat auch Dr. Litten benutzt. Derselbe berichtet über seine Erfahrungen und räth ebenfalls zu vorsichtigem subcutanem Gebrauch des Cocains. Die Erhöhung des Blutdruckes, welche dasselbe verursacht, hat im Gefolge gesteigerte Herzaction und Harnausscheidung, sowie allgemeines Wärmegefühl, das sich bis zu sehr unangenehmen Prickeln steigern kann, „als wenn höllisches Feuer in den Adern brenne," wie sich einige seiner Patienten nach Injection von 0,1 g. ausdrückten. Nach 20 Minuten bis 2 Stunden ist diese Wirkung vorüber. Das stets eintretende Gefühl von exorbitanter Trockenheit im ganzen Munde ist nach Litten ein anderer Uebelstand. Er hat es desshalb mit

Erfolg gegen Salivation gegeben. Wahrscheinlich ist diese Trockenheit auch Ursache der Appetitlosigkeit, die meist viele Stunden lang anhält. (Sollte das nicht mit der bekannten, namentlich von Anstie constatirten Wirkung der Coca-Blätter übereinstimmen? D. Red.)

Dr. Fuerstenheim hat einem 62-jährigen Patienten, bei dem er 14 Tage vorher unter Chloroformnarcose eine Lithotripsie gemacht, 45 g. einer 2% Lösung, d. h. 0,9 g. Cocain, in Blase und Harnröhre gespritzt, ohne irgend welche Intoxicationssymptome zu sehen.

Er erwähnt einen Fall aus der Praxis des Dr. Schuette; derselbe behandelte einen Neuralgiker, welcher sich seit Monaten täglich mehrmals in grösseren und kleineren Pausen Cocain subcutan injicirt und zwar bis zu $\frac{1}{3}$ Gramm und mehr. Das Gesicht erscheint unmittelbar nach einer Einspritzung geröthet und mit Schweiss bedeckt, aber es ist keine Intoxicationserscheinung vorhanden.

Dr. Boeker hat nach Einpinseln von 1,5 g. in Lösung auf den Rachen und Kehlkopf Brennen und Kitzeln beobachtet, das sich bis zum Würgen und einem Krampfhusten steigerte, der den Patienten das Gesicht röthete und die Augen aus den Höhlen zu treiben schien. B. betupfte statt dessen den Kehldeckel mit einer in 20% Lösung getauchten Sonde 6—7 mal und konnte dann leicht in den Kehlkopf eingehen. Bei zwei Fällen, die auch von diesem geringen Quantum Würgen und Brechen bekamen, war die Reizbarkeit so subnormal, dass wenige Tropfen genügten, um die zur Operation nöthige Anaesthesie o h n e unangenehme Nebenerscheinungen zu erzeugen.[1])

Prof. B. Fraenkel erwähnt kurz die unter seiner Leitung gemachten und in einer Inauguraldissertation ausführlich geschilderten Versuche mit Cocain von Dr. H. Krueger an curarisirten Fröschen. Lösungen von 1:10,000 und 1:20,000 brachten die bei Menschen beobachtete Gefässverengung hervor, während stärkere Lösungen im Gegentheil eine längere Zeit andauernde E r w e i t e r u n g d e r G e f ä s s e (Arterien und Venen) verursachten. Cocaincrystalle erzeugten eine ampullenartige, Lösungen eine spindelförmige Erweiterung der damit behandelten Arterien.

F. glaubt, das 2 g. einer 20% Lösung, d. h. 0,4 g. Cocain zur Anaesthetisirung der Pharynx und Larynx eines Erwachsenen genügen und dass diese Menge (sogar subcutan!) absolut gefahrlos sei.[2])

Prof. Hirschberg bestreitet die von einigen Ophthalmologen aufgestellte Behauptung, dass das Cocain ein Danaergeschenk sei.[3]) Er gebrauchte stets (in ca. 300 Operationen) 2 proc. Lösung ohne Intoxication. Die durch das Mittel verursachte Contraction der Blutgefässe ist der Grund, dass man bei Cataractoperationen oder Iridectomien für gewöhnlich nicht einen Tropfen Blut sieht.

Zum Schluss verwahrt sich Dr. Heymann dagegen, dass er vor dem Gebrauch des Cocain warnen wolle. Der von ihm berichtete Fall sei

---

[1]) Wir möchten hier die von Dr. Kohn in der laryngol. Abtheilung der *Deutschen Poliklinik* geübte Methode erwähnen, welche der obenbeschriebenen ähnelt, ja sie noch übertrifft in der Schnelligkeit der Wirkung. K. träufelt aus einer hypodermatischen Spritze mit langer Nadel ein- oder zweimal wenige Tropfen d i r e c t a u f d i e G l o t t i s. Anaesthesie tritt in wenigen Minuten ein ohne jede Intoxication. (D. Red.)

[2]) Dies dürfte im Hinblicke auf die von Boldt veröffentlichten Erfahrungen wohl zu hoch gegriffen sein. S. Fall I., wo Intoxication nach Einspritzung von 15 Tropfen einer 4 prozentigen Lösung = 0,4 g. eintrat.

[3]) S. No. 1 d. Med. Presse. S. 25 und flgde.

der einzige in mehr wie 100, bei dem er Intoxication beobachtet. Wahrscheinlich sei ein nicht unbedeutender Theil der Cocainlösung verschluckt worden, da sich das Kind vorher gegen die Wirkung des Mittels sehr renitent gezeigt.

Endlich sei noch der Anwendung des Cocains gedacht, wie sie von Prof. Wölfler geübt und befürwortet wird. (*Wien. Med. Wochschr.* No. 50, 1885.) Auf Anregung von Dr. W. S. Halsted (New York) versuchte er die lokale Anaesthesie mittels Cocain in der Weise, dass er z. B. da, wo er eine Incision zu machen gedachte, am Anfang und Ende der proponirten Schnittstelle eine halbe bis eine ganze Spritze einer 5 proc. Lösung einspritzte. Die Anaesthesie der Haut sowie des Zellgewebes tritt nach 1—2 Minuten ein und währt etwa 20—25 Minuten. Ist die Wirkung vorüber und soll noch weiter operirt werden, (z. B. bei Entfernung eines *Corpus alienum*), so wird nochmals injicirt.

Auch bei Neuralgien hat W. dieses Mittel subcutan mit grossem Erfolg angewendet. Eine Neuralgie des *Calcaneus*, die monatelang bestanden, blieb nach dreimaliger Injection fort; ein *Tic douloureux* auf 14 Tage nach einmaliger Einspritzung einer halben Spritze 5 proc. Lösung. Ebenso eine in einem Amputationsstumpfe bestandene Neuralgie.

Doch betont Wölfler namentlich, dass die Injectionen tief bis an den Knochen hinan gemacht wurden.

Er erinnert zum Schlusse, mit Bezug auf die von Litten, Heyman u. A. veröffentlichten Fälle (s. oben), an einen Ausspruch Billroth's: „Ein jedes Antisepticum, wenn es nützt, schadet auch, wenn es im Uebermaasse angewendet wird."

Man könne denselben auf Anaesthetica ebensogut anwenden.

REFERATE.

Dermatologie.

Ueber Ringelhaare. (E. Lesser. 58. *Naturforscherversammlung* in Leipzig. Sept. 1885.) Autor berichtet über ein 4½ Jahre altes Mädchen, das haarlos, mit einer der cutis anserina ähnlichen Kopfhaut (Lichen pilaris) geboren wurde und nur am Ende des zweiten Jahres am Scheitel, später auch an andern Stellen der Kopfhaut Haarwachsthum zeigte. Die Haare sind kurz, durchschnittlich 1—2 cm. lang, trocken, spröde und haben eine ungleichmässige Richtung; nur am Scheitel, am Nacken, an der Haargrenze und an den Schläfen sind längere Haare, die eine Art kleine Mähne von 8—9 cm. langen Haaren bilden. Letztere sind braun und ganz normal, währenddem von den ersteren ungefähr die Hälfte eine abwechselnd helle und dunkle Färbung zeigen, wodurch sie geringelt erscheinen.

Mikroskopisch zeigen die Ringelhaare abwechselnd Einschnürungen und Anschwellungen. Die Länge eines Haarabschnittes von einer Abschnürung zur andern beträgt durchschnittlich 1—2 cm.; die Dicke der Einschnürungen und Anschwellungen ist ungleich; die Zahl derselben richtet sich nach der Länge des Haares und an manchen sind deren bis zu 20.

An den Anschwellungen erscheinen die Haare heller, was nicht durch eine verschiedene Anordnung des Pigments zustande kommt, da dieses überall gleichförmig ist, sondern dies beruht auf dem streckenweisen Auftreten von Luft in der Marksubstanz des Haares, entsprechend den Anschwellungen. An vielen der geringelten Haare, und zwar an den

Einschnürungen, zeigen sich die Erscheinungen der *Trichorrhysis nodosa*, Die Fasern des Haarschaftes werden nicht, wie Beigel behauptet, durch Luftansammlung oder Fettablagerung von innen auseinander getrieben, sondern diese Kontinuitätstrennungen werden nach Ansicht Wolfberg's durch eine äussere mechanische Einwirkung zustande gebracht, welcher Erklärungsweise sich auch Lesser anschliesst. Er motivirt dies damit, dass gerade, wo die Behaarung des Kopfes beim Liegen durch Druck und Reibung am meisten mechanischen Insulten ausgesetzt ist, wir die kürzesten Haare finden. Der Kohäsionsmodulus, d. h. die Stärke der geringelten Haare — welche durch einen von Dr. Michelson angefertigten Apparat geprüft wurde — ist im Verhältniss zu den ungeringelten wie 10 zu 6.

Die Ursache dieser merkwürdigen Veränderung der Haare ist bis jetzt nicht genügend erklärt und scheint eine ursprüngliche Erkrankung des Follikularapparates eine wesentliche Rolle zu spielen, wodurch aber das intermittirende Auftreten der Aplesie der Haare nicht genügend aufgeklärt ist. Wilson stellte die Hypothese auf, dass die hellen Abschnitte dem Wachsthum des Haares während der Nacht, die dunkeln Abschnitte dem Tageswachsthum entsprächen, währenddem Unna behauptet, dass die verdünnten Stellen des Haares einem Wachsthum der peripherischen Haarepithelien ohne gleichzeitiges Wachsthum der centralen, die dickeren aber dem normalen Haarwachsthum entsprechen. Lesser sind nur 4 sichere Fälle von Ringelhaaren in der Literatur bekannt und zwar von Karsch, Wilson, Luce und Smith und nur im Falle des Letzteren war auch *Trichorrhysis* vorhanden.

Ueber die Behandlung des Ekzems und der Impetigo bei Kindern durch innerlichen Gebrauch von Chrysarobin. (*Monatshefte für practische Dermatologie.* No. I, 1886.) Dr. Stocqert (Brüssel) theilt 8 Fälle von Ekzem und Impetigo mit, die er mit Chrysarobin (5 mg. bis 2 cgr. pro die in Mixtur) mit gutem Erfolge angewendet hat; die Heilung erfolgte in allen Fällen sehr rasch und zwar zwischen zwei Tagen und einem Monate. Chrysarobin wirkt seiner Ansicht nach als gefässverengendes Agens, nachdem die krankhafte Sekretion vermindert und das Abblassen der kranken Gewebe herbeigeführt wird. Auf das Jucken hat es keine Wirkung.

Eine noch unbeschriebene Hautkrankheit. (58. *Naturforscherversammlung.* Sept. 1885.) Prof. Doutrelepont berichtet über folgenden interessanten Fall: Eine Wärterin stach sich unter den Nagel des linken Daumens mit einer Nadel, welche durch nachherige Eiterung ausgestossen wurde ; Tags darauf traten an der grossen Phalanx mit schmerzhaftem Brennen und Fieber zwei weissliche Flecke auf, welche sich allmählich über den ganzen Körper verbreiteten.

Einige derselben verwandelten sich in Pemphigus-ähnliche Blasen, worauf die Oberfläche der gangränescirenden Haut abgestossen wurde und dann Granulationsbildung folgte, die in Keloid überging. Auf Sublimatbehandlung entwickelten sich keine Keloide mehr. Autor glaubt, dass hier eine Infection durch Eindringen eines virulenten Stoffes stattfand.

Die Verwendung des Lanolin zu Salben.

Dr. Lassar (Sitzungsbericht der *Berl. med. Gesellschaft*, 16. Dez. 1885) berichtet über das aus Schafwolle gewonnene und bereits im Alterthum

und Mittelalter in Gebrauch gewesene, doch wieder in Vergessenheit gerathene Fett (Oesipus), welches, von Liebreich seiner unangenehmen Eigenschaften beraubt, unter dem Namen Lanolin bekannt wurde. Er empfiehlt es als Salbengrundlage und hebt besonders seine schnelle Resorption hervor. Dasselbe in die Oberhaut eingerieben, verschwindet im selben Momente; die eingeriebenen Partieen sind fester, turgescirend; es lässt sich tief in die Haut einpressen, durchsetzt die verhornte Schicht der Epidermis und lässt sich in derselben microscopisch nachweisen. Auch ist die Mischung anderer Arzneistoffe, wie Quecksilber, Jodkalium, Jodoform, Borsäure u. s. w. mit Lanolin eine innigere und rascher vor sich gehende, als bei anderen Fetten. Auf Schleimhäuten verreibt sich nach Aussage B. Fraenkel's Lanolin schwer, desshalb wird ein Zusatz von einem Theil Fett mit 15 Theilen Lanolin gemacht, in welcher Form es die Borkenbildung verhindert und die Secretion verringert. Nach Aussage Koebner's löst sich Chrysarobin nicht so leicht in Lanolin, als im Fett und an behaarten Körpertheilen dringt es nicht so leicht ein; desshalb ist es zweckmässig, dasselbe immer mit Fett zu mischen. Hingegen betont Lassar, dass gerade die Chrysarobin-Lanolin-Behandlung sich bei Psoriasis als dankbar erweise.

Die Uebelstände des Lanolin's sind, dass die Geschmeidigkeit der Haut, im Vergleiche mit Vaselin, vermisst wird und dass der Preis um das Doppelte höher ist, als der des Vaselins.

Nach obigen Eigenschaften der Lanolin-Salbe bewährt sich dieselbe, wie es scheint, mit Vortheil ihrer leichten Resorbirbarkeit halber bei constitutioneller Syphilis, dann Psoriasis, Herpes tonsurans, nässenden Ekzemen, bei verschiedenen Erkrankungen der Schleimhäute u. s. w.

Dr. Daniel Lewis bringt in einem Aufsatz (*Journal of Cutaneous and Veneral Diseases*, No. 1, 1886) für die Behandlung des Erysipels die von Barwell (London) in 1883 empfohlene *White lead paint* in Erinnerung, welches sowohl bei idiopathischem als symptomatischem Erysipel (traum.) ausgezeichnete Dienste leistete, indem es die Schmerzen beinahe sofort beseitigt und den Prozess schnell zu Ende bringt. L. behandelte drei Erysipele seit obiger Publikation ausschliesslich mit Bleitünche öfters ohne irgendwelche interne Medikation. Reinlichkeit, schnelles Trocknen, leichte Anwendbarkeit und Herbeischaffung sind die Vorzüge des Mittels, welches auf die erysipelatösen Stellen mittelst eines weichen Borstenpinsels einzureiben ist. Offene Wunden werden mit in Borglycerin saturirter Watte bedeckt. Ref. hatte Gelegenheit, während der im Herbste vorgenommenen zahlreichen Impfungen die vorkommenden Impferysipele mit diesem Mittel zu behandeln und zwar stets mit gutem Erfolge.

Dr. I. Morvay-Rottenberg.

Jodkalium per rectum. Nach Gerhardt soll Jodkalium (*Monatshefte für practische Dermatologie*, 1884, No. 5, p. 164) mit demselben Erfolg *per rectum* wie *per os* gegeben werden können. Es wurden 1,5 g. Jodkali auf 100 g. Wasser *per rectum* eingeführt, ohne auf den Mastdarm den geringsten Reiz auszuüben. Es würde sich daher diese Einführungsmethode in jenen Fällen empfehlen, in denen eine Contraindication gegen die Einführung *per os* existirte. Der Erfolg, der in einzelnen gummösen Formen erzielt wurde, war ein auffallender.

Zur absortiven Behandlung der Urethritis. (A. J. Munnich, *Monatshefte für practische Dermatologie*, 1885, No. 6, p. 188).

Angeregt durch die günstige Wirkung der Einspritzungen von Resorcinlösungen bei Blasenleiden, kam Munnich zu dem Entschlusse, Versuche mit demselben Mittel bei Gonorrhoe anzustellen. Munnich fing zuerst mit einer 2½ proc. Solution an; da aber die Wirkung nicht zufriedenstellend war, so stieg er bald zu einer 3 proc. Lösung. Die Zahl der ambulatorisch behandelten Fälle betrug 108. Als gelungen können 67, als nicht gelungen 41 betrachtet werden. Es wurde den Kranken anempfohlen möglichst viel Wasser und Milch zu trinken, und vor jeder Einspritzung die Blase zu entleeren. Die Einspritzungen wurden bei Tag alle zwei Stunden gemacht, und während der Nacht zweimal, wobei dem Patienten empfohlen wurde, die Flüssigkeit gleich aus der Harnröhre fliessen zu lassen. Gewöhnlich hatte der Ausfluss sich nach dem vierten oder fünften Tage bedeutend vermindert. Wurden aber während der Nacht die Einspritzungen vernachlässigt, so ging die Besserung des vorigen Tages verloren. Hatte nun der Ausfluss bedeutend abgenommen, so wurden die Einspritzungen drei- oder viermal täglich vorgenommen, und blos einmal während der Nacht. Durchschnittlich war der Ausfluss am siebten Tage sehr gering, und am vierzehnten Tage hatte er vollständig aufgehört. In den nicht gelungenen Fällen, wo sich die Krankheit in die Länge zog, war jedoch das akute Stadium beträchtlich abgekürzt. In einzelnen alten Fällen waren auch hier günstige Erfolge aufzuweisen. A. F. B.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Ueber die Nachtheile der sogenannten prophilactischen Uterusirregationen für den normalen Wochenbettverlauf schreibt Dr. Max Reimann, Neuminster i. Holst. in der *Berl. Klin. Wochenschrift* (No. 46. 1885) und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die sogen. prophylactischen Uterus- und Vaginalirrigationen sind bei aseptischer Leitung der Entbindungen überflüssig.
2. Sie sind aus theoretischer Erwägung und nach praktischer Erfahrung gefährlich für den normalen Wochenbettverlauf.
3. Eine einmalige Ausspülung des Uterus durch den Arzt gleich nach der Entbindung vorgenommen, kann in seltenen Fällen, z. B. bei bestehender Zersetzung des Uterusinhaltes, nothwendig und nützlich sein.
4. Hebammen (und Wärterinnen) darf man niemals mit der Vornahme vaginaler oder uteriner Irrigationen Entbundener betrauen.

Um Sublimatvergiftung bei geburtshülflichen Irrigationen des Uterus und der Vagina zu verhüten räth Dr. von Herff im *Archiv f. Gynäkologie* (Bd. XXV. Heft 3) an, für einen vollkommen freien Abfluss der Flüssigkeit Sorge zu tragen. Er ist der Ansicht, dass durch den Reiz des Sublimates auf den Constrictor Cunni derselbe zur Contraction gereizt wird und eine Retention in der Vagina mit folgender Resorption ermöglicht. Desshalb soll man in Fällen, bei denen ein fester Druck auf den Damm nicht rathsam ist (Dammnaht, Scheidenriss etc.) ein Rücklaufcatheter benutzen.

Die meisten der bereits berichteten dreizehn Fälle schwerer Sublimatvergiftung scheinen ihm in der angegebenen Weise verursacht worden zu sein.

Nach *Ctrbl. f. Gynäk.* (No. 48. 1885.)

„*Zur Lehre von der Sterilität des Weibes*" ist ein Aufsatz von Prof. E. H. Kisch (Prag) betitelt, welcher in der „*Deutschen Med. Wochenschrift*" (No. 45, 1885) veröffentlicht.

K. erwähnt die durch Behinderung des Contaktes von normalem Sperma und Ovulum bedingte Sterilität (Sims) und diejenige, welche in der Unfähigkeit der Bebrütung des Eies (Grünewald) ihren Grund hat. Er wendet sich zu derjenigen Ursache, welche er als Unfähigkeit zur Keimbildung bezeichnet. Dieselbe kann eine absolute, unveränderliche sein — die natürlich incurabel ist — und eine relative, vorübergehende.

Die letztere kann nach K. verursacht sein durch:

1. Pathologische Zustände der Ovarien und ihrer Umgebung,
2. Constitutionsanomalien, und
3. Störungen der Innervation.

Ad. 1. Anlage zur Sterilität ist zuweilen die ungenügende Entwickelung der Ovarien bei jungen unvollkommen entwickelten Frauen. Sterilität ist weit seltener bei Frauen, die mit 20—24 Jahren heirathen, als bei solchen, die dies zwischen 15—19 Jahren thun. Dies wird durch eine Tabelle über Fruchtbarkeit bei 556 Frauen illustrirt, welche zeigt, dass bei jugendlich Verheiratheten (15—19 J.), die erste Geburt in den ersten 15 Monaten bei 54·4% erfolgte bei voll entwickelten Frauen (20—25 J.), dagegen bei 67·4%. Umgekehrt trat bei 28·2% der ersten Kategorie die erste Geburt zwischen 15 Monaten und 2 Jahren nach der Verheirathung ein, doch bei der zweiten Kategorie nur in 16·8% der Fälle.

Chronische Oophoritis kann nicht nur die Bildung der Ovula sondern durch organische Veränderungen auch die Expulsion und correcte Aufnahme derselben durch die Tuben hindern. Auch können sie (namentlich parenchymatöse Oophoritis) dadurch zur dauernden Sterilität führen, dass „der feinkörnige Inhalt der Follikel resorbirt wird, diese collabiren, die zusammenfallenden Wandungen verwachsen und bei Betheiligung aller Follikel sich das Ovarium verkleinert, das Gewebe verhärtet, und eine gleiche Beschaffenheit des Eierstockes wie wir (Kisch[1]) sie als charakteristisch für das climacterische Alter beschrieben haben, eintritt."

Herzkrankheit kann dieselbe chronisch entzündliche Induration durch Gefässveränderungen und nervöse Stauungen verursachen.

Perioophoritis mag durch Erzeugung komprimirender Adhäsionen Atrophie des Ovariums verursachen.

Syphilitische Erkrankungen mögen die gleichen Processe im Gefolge haben (Induration und Atrophie).

Ovarialtumoren können nach K. ebenso gut als durch Sterilität veranlasst oder als dieselbe veranlassend angesehen werden.

Ad. 2. Nach Typhus, Recurrens, Cholera und acuten Exanthemen etc. wurde durch Grohe und Slawjanski parenchymatöse Oophoritis und Atrophie der Follikel nachgewiesen.

---

[1] *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XII.

Bei Obesitas, häufig mit spärlicher Menstruation wie auch Amenorrhoe verbunden, ist oft Sterilität vorhanden, welche durch Behandlung der Fettsucht ohne jede locale Behandlung behoben werden kann.

Scrophulose, Chlorose und Diabetes beeinträchtigen ebenfalls häufig die Keimbildung.

Ad. 3. Psychische Alterationen und Innervationsstörungen — in Folge von Schreck, Angst, Gefangenschaft und anderen schweren Gemüthsaffectionen – mögen Behinderung der Keimbildung bis zum völligen und plötzlichen Aufhören der Menstruation verursachen.

Kisch erwähnt einen ihm bekannt gewordenen Fall, wo eine Frau, welche zweimal geboren hatte, vor zehn Jahren ein Kind überfahren werden sah und seitdem nie wieder menstruirte.

Dass — wie bei Thieren nachgewiesen — auch Strapazen, schlechte Ernährung und Inzucht Sterilität verursachen, hält K. ebenfalls für den Menschen gültig.

Ueber den Zeitpunkt der Abnabelung schreibt Dr. Gabriel von Engel (Klausenburg) im *Centralbl. f. Gynäkologie*, No. 46, 1885.)

Er wog in 60 Fällen, unter denen 24 Frühgeburten waren, die Gewichtszunahme, welche die Kinder vom Zeitpunkte der Geburt bis zum Aufhören der Pulsation in der Nabelschnur erfuhren. Das aus der Placenta in das Kind noch übergehende Blut, d. i. eben jene Gewichtsdifferenz betrug bei ausgetragenen Früchten von 10g bis 70g, bei Frühgeborenen sogar bis zu 90g. Bei letzteren dauerte die Pulsation gewöhnlich länger, 15 Minuten *in maximo*.

E. ist der Ansicht, dass die Thoraxaspiration nicht die Ursache dieser Transfusion sei.

Die Desinfection der Scheidentamponade wurde von Dr. Koch (Heidelberg) zum Gegenstande eingehender Versuche gemacht, welche im „Centralblatt für Gynäkologie" (No. 39, 1885) mitgetheilt sind. Er berichtet: Seit Einführung der Scheidentamponade ist es immer als ein grosser Uebelstand empfunden worden, dass man den Tampon, welcher wegen Gebärmutterblutungen angewendet wird, nicht viel länger, als einen halben Tag liegen lassen kann, da man sonst die Kranke der Gefahr einer septischen Infection aus dem mittlerweile in Fäulniss übergegangenen blutigen Inhalte des Propfens aussetzt. Durch Prof. Kehrer veranlasst, unternahm ich es, im hiesigen gynaekologischen Institute durch eine Reihe von Versuchen festzustellen, welche unserer Antiseptika im Stande seien, das Blut eines Tampons längere Zeit vor Zersetzung zu bewahren, und verfuhr dabei auf folgende Weise: Abgewogene, möglichst gleichmässig gewickelte, in gewöhnlicher Weise aus entfetteter Verbandwatte hergestellte Tampons wurden mit Lösungen verschiedener Concentrationsgrade der gebräuchlichen Desinfections-Mittel getränkt, in durch Vaginalsecret inficirtes Rinderblut getaucht und einzeln in desinficirten und verschlossenen Gläsern in den Brütofen gebracht, dessen Temperatur auf Blutwärme regulirt war.

Nach 8—90 Stunden herausgenommen, wurden sie auf Geruch und Vorhandensein von Bakterien untersucht und wurde ausserdem durch Impfungen mit dem darin enthaltenen Blute in Nährgelatine festgestellt, ob sich Bakterien in derselben entwickelten. Die Ergebnisse dieser

Versuche waren in sämmtlichen Reihen wesentlich dieselben und zwar folgende:

1. Aus dem Geruche der Tampons kann nicht auf An- und Abwesenheit von Bakterien geschlossen werden, da wiederholt in geruchlosen Pfropfen reichlich Bakterien nachgewiesen werden konnten.

2. Folgende Antiseptica sind für unseren Zweck unbrauchbar: vor Allem Sublimat, welches durch das Blut-Eiweiss gebunden wird und damit seine antiseptische Kraft verliert. Selbst Lösungen von 1 : 500 hinderten das Auftreten der Bakterien nicht, indem die mit solchem Tampon-Blute geimpften Gelatine-Gläser eine CO_2-Entwickelung zeigten. Jodoform, Borsäure, selbst im Verhältnisse von 1 : 3 kochenden Wassers, 1procentige wässerige Carbolsäure-Lösung und 10procentiges Carbolsäure-Glycerin sind unzuverlässig, indem sie das eine Mal das Blut sterilisiren, das andere Mal hingegen der Vermehrung der Kokken nicht den geringsten Widerstand entgegensetzen.

3. Als in unserem Falle für ein und alle Mal das Auftreten von Mikrokokken verhindernde und lange Zeit ihre Wirksamkeit behaltende Antiseptika ergaben sich die Carbolsäure in 2,5—5procentiger Lösung, ferner die Salicylsäure in 5—10procentiger alkoholischer Lösung (wobei aber die Wirkung des Alkohols als Desinficiens in Anrechnung zu bringen ist und deren Anwendung für die Genitalien vielleicht unmöglich macht) und endlich die essigsaure Thonerde, welcher ihrer Milde und Reizlosigkeit wegen der Vorzug vor der Carbolsäure zu geben sein dürfte. Ob die Spaltpilze, welche sich in dem mit gewissen Antisepticis versetzten Blute entwickeln, zu den pathogenen gehören, wurde nicht untersucht."

Innere Medizin, Therapie und Pathologie.

Untersuchungen über die Malaria-Infection haben Marchiafava und Celli angestellt. Sie fanden im Innern der rothen Blutscheiben von an frischer Malariainfection Leidenden Organismen, welche aus einem homogenen Protoplasmaklümpchen bestehen, mit amöboider Bewegung begabt und besonders zu färben sind. Sie nennen dieselben Plasmodien oder Haemoplasmodien der Malaria.

Dieselben haben die Fähigkeit etwaiges in ihr Inneres gedrungenes Haemoglobin in Melanin zu verwandeln. Findet diese Transformation statt, so resultirt Melanaemie, andernfalls nicht und zwar gilt dies für die schwersten (perniciösen) und tödtlichen Fälle.

Durch Spaltung zerfallen die Haemoplasmodien (mit oder ohne Pigment) in Haufen von Körperchen, welche keine amöboide Bewegung besitzen. Marchiafava und Celli halten diese Spaltung für den im menschlichen Körper stattfindenden Vermehrungsprocess.

Ferner constatirten M. & C. die Uebertragbarkeit der Malariainfection durch intravenöse Injectionen von Mensch zu Mensch. Dies beweist einerseits der klinische Verlauf und andererseits das Vorhandensein der Plasmodien im Blute des Versuchsmenschen. Dieselben nehmen allmälig an Anzahl zu mit der Progression der Infection und unter der specifischen Behandlung ab.

C. Friedlaender bemerkt dazu, „dass diese Befunde nicht verfehlen werden, in allen wissenschaftlichen Kreisen lebhaftes Interresse zu erregen. Ein Mikroorganismus, her im Innern der rothen Blutkörper-

chen des Menschen ein parasitäres Dasein führt und zwar nur bei einer bestimmten infectiösen Krankheit! — Etwas Aehnliches war bisher nicht bekannt, nicht einmal vermuthet worden. Die von Klebs und Tommasi früher beschriebenen Malariabacillen können als endgültig beseitigt angesehen werden."

Nach d. *Deutschen Med. Wochenschr.* (No. 52. 1885.) aus *Fortschritte der Medicin* (No. 11 u. 24. 1885.)

Die Kontagiosität der Tuberculose ist der Titel eines Vortrages, welchen die *Wiener Med. Presse* (No. 46, 1885) dem neuen Werke Prof. S. Stricker's "Allgemeine Pathologie der Infectionskrankheiten" entnimmt.

In demselben spricht sich S., der in Bezug auf Bacteriologie sehr skeptisch ist, gegen die Kontagiosität d. T. aus und zwar aus klinischen Gründen. Er verlangt eine durch viele Jahre hindurch geführte allgemeine Statistik — nicht bloss der Hospitäler, sondern namentlich eine von praktischen Aerzten geführte Familienstatistik, ehe die Frage spruchreif wird.

Der höchst originell geschriebene Artikel schliesst mit folgendem merkwürdigem Abschnitte:

Wollte man schliesslich geltend machen, dass auch die contagiösen Krankheiten eine Disposition voraussetzen, so hätte ich dagegen Folgendes zu bemerken: Was wir in dieser Richtung von den kontagiösen Krankheiten wissen, bezieht sich nur auf eine Abstumpfung, auf eine durch Gewohnheit — Impfung — oder sonst welche Umstände herabgesetzte Disposition. Von einer angeborenen spezifischen Disposition der Individuen, zu der sich noch ein spezifischer Virus gesellen müsste, um die Krankheit hervorzurufen, haben wir aber bis jetzt keine sichere Kunde. Es scheint mir also, dass wir die Lehre von der Kontagiosität der Tuberkulose noch nicht für begründet anzusehen haben.

Ueber einen eigenthümlichen Kampf um's Dasein zwischen Bakterien und Bacillen haben italienische Aerzte berichtet. Cantani Salama und Mafucci haben nämlich das *Bacterium termo*, in Fleischbrühe rein gezüchtet, einen Phthisiker mittelst des Siegel'schen Spray-Apparates inhaliren lassen. Nach zweiwöchentlichem Gebrauche dieser Inhalationen fanden sich im Sputum des Patienten absolut keine Koch'schen Tuberkel-Bacillen mehr vor. Auch alle andern Symptome sollen sich bedeutend gebessert haben; doch geben die Herren selbst zu, dass die Versuche noch nicht lange genug stattgefunden haben, um ein endgültiges Urtheil zu fällen. (Das stimmt!)

Nach dem *British Medical Journal*, No. 1300; 1885.

Ueber Tuberkelbacillen in geschlossenen verkästen Darmfollikeln.

In der *Deutschen med. Wochenschrift* No. 52. 1885) schreibt Dr. Karl Herxheimer, Assistent des Senkenberg'schen Institutes über obiges Thema, indem er die Dissertation Hoening's bespricht, der in Folge zahlreicher Untersuchungen behauptet, dass er wohl in den Geschwüren stets reichliche Bacillen fand, in den geschlossenen Follikeln aber keinen einzigen Bacillus nachzuweisen vermochte; ebenso fand er keine Spuren von Riesenzellen. Mit diesem Befunde bringt er das Ergebniss einer Statistik in Einklang, wonach tuberculöse Darmerkrankungen bei

Phthisikern in etwa 30 Proz. fehlen. Diese Ansicht Hoening's stimmt durchaus nicht überein mit den bisherigen Erfahrungen.

Dem gegenüber behauptet Verfasser, auf Grund von in sechs, nicht besonders ausgewählten, Fällen gemachten Untersuchungen von 16 Darmfollikeln, dass er die für Tuberculose so charakteristischen Riesenzellen (mit Ausnahme zweier Follikel) und Bacillen in allen Follikeln fand; jedenfalls fand er dieselben, gleich Koch, mehr am Rande der Verkäsungen. Die kleinste Zahl der Riesenzellen war 1, die höchste 23, die durchschnittliche Mittelzahl war 5; die kleinste Zahl der Bacillen war 2, die höchste Zahl 20, die durchschnittliche Mittelzahl 8.

Auch widerspricht Verfasser der Hoening'schen Statistik, dass tuberculöse Darmerkrankungen in 30 Proc. der Phthisiker fehlten und berichtet, dass in Frankfurt a. M. in 58 Fällen von Phthisis nur in einem Falle, also in 2 Proc., die Darmgeschwüre fehlten. Er bezieht sich zugleich auf Prof. Weigert (Leipzig), der fand, dass circa 90 Proc. der Phthisiker mit Darmgeschwüren behaftet seien. I. M. R.

Correspondenzen.

San Francisco, den 15. Januar 1886.

Zur Orientirung Ihrer Leser, bei Mittheilungen über hiesige medizinische Verhältnisse und Vorgänge, gestatten Sie mir wohl, Ihnen einen kurzen Ueberblick der verschiedenen ärztlichen Corporationen und Gesellschaften zu geben.

Schon seit langer Zeit erfreut sich unsere Stadt zweier regulären medizinischen Lehranstalten, die dem, wie überall in den Ver. Staaten, auch hier so drückenden Mangel an Doktoren mit vereinten Kräften abhelfen.

Das älteste der beiden, das „*Toland Medical College*", wurde von dem unlängst verstorbenen Dr. Toland in den 50er Jahren gegründet und die dafür bestimmten Gebäude aus seinen Privatmitteln errichtet. Das Concurrenz-Institut, das „*Cooper Medical College*", ging aus dem früheren „*Pacific Medical College*" hervor. Es wurde vor ca. 3 Jahren ebenfalls aus reichlich geflossener Spende des Dr. Lane in recht zweckmässiger Weise aufgeführt und dem Lehrkörper unter der einzigen Bedingung geschenkt, das Institut nach Dr. Cooper, dem Onkel des Stifters, zu nennen. Während das *Toland College* strikt nativistisch-amerikanische Grundsätze befolgt, und keinen Ausländer als Lehrer aufnimmt, zählt das *Cooper College*, nicht gerade zu seinem Schaden, deutsche und in Deutschland unterrichtete Aerzte zu seinen Docenten. An der Spitze dieses Instituts steht der Stifter Dr. Lane, ein allgemein geachteter und geschätzter Arzt. Das *Toland College* wird von Dr. Beverley Cole geleitet, welcher bei den jüngsten, den internationalen mediz. Congress betreffenden Vorgängen in New Orleans keine sehr beneidenswerthe Rolle gespielt hat.

Auch unser sonst so gesund gelegenes Los Angelos, der orangenduftende Zufluchtsort so vieler Phthisiker, ist durch die glückliche Geburt eines *Medical College* überrascht worden, von dem, da es sich noch im Säuglingsalter befindet, wenig zu berichten ist. Selbstverständlich erfreuen wir uns auch eines „*Hahnemann Homoeopathic College*", während für die unvermeidlichen Eklektiker der Boden San-Francisco's nicht günstig genug schien; sie errichteten ihre Bildungsanstalt in Oakland, dem Brooklyn San-Francisco's. Vorzüglich diese Letzteren dienen dazu, dem Gesetze gegen Kurpfuscherei, das nach vielen Kämpfen von unsrer Legislatur angenommen wurde, ein Schnippchen zu schlagen; denn unter ihrer Führung vereinigen sich alle unsauberen und lichtscheuen Elemente und werden von ihnen mit Schutzbrillen in Form von eklektischen Doktordiplomen versehen.

Von mediz. Gesellschaften sind erwähnenswerth die übliche „*County* (San-Francisco) *Medical Society*", eine „*Gynecological Society*" und der „*Verein deutscher Aerzte.*"

Der letztere existirt seit ca. 15 Jahren und hat sich aus bescheidenen Anfängen zu einer achtenswerthen Stellung emporgeschwungen. Mit sehr wenigen Ausnahmen gehören alle besseren deutschen Aerzte dem Vereine an; auch amerikanische, in Deutschland nochmals promovirt habende Doktoren suchten und fanden Zutritt.

Leider pulsirt in den letzten Jahren das wissenschaftliche Leben nur sehr schwach im deutschen Verein. Der jetzt conventionelle, früher obligatorische, wissenschaftliche Vortrag gehört zu den Seltenheiten in unsern monatlichen Zusammenkünften;

hier und da eine flüchtige Krankenvorstellung, eine oberflächliche Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate bildet die ganze geistige Nahrung. Vielleicht dass das Beispiel der New-Yorker Gesellschaft befruchtend auf unseren Verein wirkt und werde ich mir in diesem Falle erlauben, Ihnen interessante Sitzungsberichte von Zeit zu Zeit zuzustellen.*

Auch von anderer Seite wird medizinisch-wissenschaftlich nur wenig geleistet. Ausser mehreren kleinen haben wir 5 grössere Hospitäler: das *County Hospital* mit 400 Betten, das *St. Mary's*, das Deutsche, Französische und Marine-Hospital mit je 100 Betten. Aus allen diesen Hospitälern mit ihrem grossen Material hört man fast nichts; ein wissenschaftlicher Hospitalbericht ist noch nie veröffentlicht worden. Auch der vom *Cooper Medical College* publicirte Bericht des zugehörigen *Morse-Dispensary*, mit einer letztjährlichen Frequenz von über 1600 Fällen, ist eine einfache Zahlenzusammenstellung und kann nur als Begleitannonce des College-Circulars betrachtet werden.

Die letzte Sitzung der *San. Francisco Medical Society* war der Beamtenwahl gewidmet. Nach Abwicklung der Geschäfte demonstrirte ein kürzlich von Europa zurückgekehrtes Mitglied, Dr. Ferrer, Koch'sche Culturmethoden und Bacillen, und zeigte sich in der anschliessenden Discussion, dass die Cholerabacillen noch kein unbestrittenes Bürgerrecht im Schoosse der Gesellschaft errungen haben.

Im deutschen ärztlichen Verein wurden ebenfalls neue Beamte für das Geschäftsjahr 1886 gewählt, und zwar:

Präsident: Dr. Bayer;
Vice-Präsident: Dr. Dresel;
Schriftführer: Dr. Abrams;
Schatzmeister und Bibliothekar: Dr. Aronstein.

Der Stadtarzt Dr. Blach zeigte eine Schussfraktur des ersten Lendenwirbels vor. Das Projektil, eine Revolverkugel mittleren Umfangs, steckte in dem linken äusseren Theile des Wirbelkörpers. Der Patient starb ca. 2 Monate nach der Verletzung an Pyämie; Rückenmark und andre Organe wurden nicht erhalten. Das Präparat wird nach Washington geschickt wegen der Aehnlichkeit dieses Falles mit dem Garfield's. Ausserdem wurden noch durch Dr. Abrams makro- und mikroskopische Präparate einer, vermuthlich in Folge Phosphorvergiftung, fettig degenerirten Leber gezeigt. Dieser Fall hat ganz besonderes forensisches Interesse für uns Aerzte und werde ich Ihnen in meinem nächsten Berichte Ausführliches darüber mittheilen.

Lassen Sie mich Ihnen noch in Kürze einen Abriss aus unserem Mortalitätsbericht für den Monat December 1885 mittheilen.† Sie wissen, dass der letzte Census unsre Einwohnerzahl auf 234,520 angab, davon 212,520 Weisse und 22,000 Chinesen. Natürlich müssen Sie für die 5 Jahre einen Zuwachs von mindestens 10—15 proc. annehmen.

Die Zahl der Todesfälle im December 1885 belief sich auf 521 (39 Chin., 2 Afr.) gegen 440 im selben Monate 1884.

Die höchste Temperatur war am 1. December mit 67°, die niedrigste am 9. mit 44°. Die Durchschnittstemperatur der Maxima betrug 59,4°, die der Minima 48,5°.

Mit bestem Gruss Ihr

Dr. L. Rosenstiem.

Cincinnati, O., den 5. Februar 1886.

Die Hebung der medizinischen Ausbildung hat nicht nur grosses Interesse erregt —sie hat sogar in manchen Kreisen ungünstige Beurtheilung hervorgerufen, ohne dass von ihnen die nöthigen Rathschläge zur wirklichen Verbesserung der herrschenden Zustände ausgegangen wären. Sollte es je so weit kommen, dass die Mediziner nur die besten *Colleges* besuchten, dass die an ihnen docirenden Herren tüchtig dazu vorbereitet wären, und dass das Publicum den Glauben an die Quacksalber verlore, dann würden sich solche Anstalten, von denen in diesem Briefe, Ihren Lesern einiges mitgetheilt werden soll, von selbst auflösen, dann gäbe es nur gediegene medizinische Schulen, welche sich rühmen könnten, nur tüchtige Männer in die Welt hinauszuschicken.

Der Wunsch, Ihre werthen Leser mit einer Merkwürdigkeit Cincinnati's bekannt zu machen, veranlasste einen Besuch des sogenannten "*American Health College*" und eine Unterredung mit dessen Gründer und Besitzer – Prof. J. B. Campbell, M. D., D. D.

Schon vor 28 Jahren wurde dieser Mann von der Idee, dass sich Heilkunde und Seelsorge in einer Person vereinigen sollten, befallen und von derselben ganz erfüllt. Als Resultat dieser Idee, steht er heute an der Spitze eines *College*, welches Diejeni-

* Sollen sehr willkommen seni! D. Red.

† Tabelle folgt in No. 4.

gen, welchen es Diplome verleiht, befähigt "Predigten zu halten, Ehepaare zusammen zu geben, und die Arzenei-Wissenschaft auszuüben." Jeder Immatriculirte dieses sogenannten *College*, bezahlt im Voraus $150, schliesst sich einer vitapathischen Brüder- und Schwesternschaft an, die sich das Ziel gesteckt hat, ihre höhere Wissenschaft zu erweitern und an den Mann zu bringen, studirt zwei Monate, und dann geht er hinaus in die Welt—*ein Arzt des Körpers und der Seele.* Er heilt die Kranken und bekämpft den Widersacher; bezwingt ihn aber der Schnitter, dann besänftigt der Prediger-Arzt oder der Arzt-Prediger die arme Seele und beschleunigt ihren Flug himmelwärts. Während seines zweimonatlichen Aufenthalts in der Anstalt, plagen ihn weder Anatomie noch Physiologie, und doch kommt er in den Besitz des merkwürdigen, und bis jetzt noch unbekannten Geheimnisses "wie man chirugische Operationen umgeht und den Patienten durch sicherere und bessere Methoden Beine und Arme und andere Theile des Körpers erhält." Pocken und alle ansteckenden Krankheiten werden mit grösster Geschwindigkeit kurirt; Impfen ist verpönt, indem Blutvergiftung darauf folgt. Prof. J. Campbell kennt ganz genau die Lage, Gestalt, Länge und Grösse, und den Bau der menschlichen Seele. Seine Bibliothek besteht aus ein paar Büchern, welche alle für ihn nöthigen Geheimnisse alles Wissens enthalten. Die paar Bücher belehren über den Gebrauch seiner therapeutischen Mittel: Luft, Wärme, Licht, Electricität und Magnetismus.

Diese Narretheien wären zum Lachen, wüsste man nicht, dass diese Anstalt schon 225 Diplome ausgestellt hat, und dächte man nicht daran, dass 225 Männer und Frauen diese verrückte Lehre in alle Welt hinaus tragen, um arme Narren mit darauf begründeten leeren Hoffnungen abzuspeisen; denn Narren gibt's ja noch immer!

Eine neue Methode, einen Mörder durch Phrenologie ausfindig zu machen, ist hier kürzlich angewendet worden. Der Phrenolog, der den Kopf eines des Mordes angeklagten Mannes untersuchte, behauptete, dass der Mann den Kopf eines Mörders besitze und folglich der Mörder sein müsse. Natürlicherweise wurde dieses Zeugniss vom Gerichtshofe nicht anerkannt.

Vor Kurzem hielt Dr. W. S. Christopher eine interessante Vorlesung in der hiesigen "*Academy of Medicine.*" Das Thema war "*Ovulation during the Pregnancy.*" Die mikroskopischen Schnitte des Eierstockes einer trächtigen Katze zeigten einen reifen Graef'schen Follikel, welcher am Bersten war; auch sah man da das Ei, den Kern und den Keimflecken, von dem *discus proliferus* und der *membrana granulosa* umgeben. Die Vorlesung wird im "*American Journal of Obstetrics,*" veröffentlicht werden.

Robert W. Stewart, M. D.

Detroit, im Februar, 1886.

Die fast unglaublichen Nachrichten über die Pasteur'schen Impfungen werden hier in Detroit nicht recht geglaubt. Wirkliche, unzweifelhafte Erfolge sind ja bisher auch nicht zu verzeichnen. Die hiesige ärztliche Welt ist allgemein der Ansicht, dass die epochemachende Entdeckung (?) des französischen Gelehrten sehr bald das Schicksal der Cholera-Impfung theilen wird. Pasteur sollte sich bei uns ansiedeln; er würde hier riesige Geschäfte machen. Trotzdem, dass die Hunde unserer Stadt durchweg friedfertige "Biester" sind, leiden die meisten Detroiter an der Wasserscheu, die sich im Abscheu vor ungemischtem Wasser kundgiebt. *They take their whiskey straight, don't you know.*

Dr. Hal. C. Wyman, einer unserer strebsamsten jüngeren Aerzte und, nebenbei gesagt, ein Schüler Virchow's, stattete in einer kürzlich abgehaltenen Versammlung der "*Wayne County Medical Society*" einen Bericht ab über einen von ihm erfundenen Apparat. Dieser Apparat, welchem er den Namen "*künstlicher Thorax*" beigelegt hat, hat die Bestimmung die Ausdehnung der Luftzellen zu befördern, wenn dieselben, aus irgend einer Ursache, dem Drucke der gewöhnlichen Athembewegungen wiederstehen. Der Apparat soll den Arzt in Stand setzen, die Wirkung der Inspirations-Muskeln im Füllen der Brust mit Luft zu unterstützen und ermöglicht es dem Arzte die Athembewegungen vermittelst eines Hebels, welchen er in der Hand hält, zu controlliren. Dr. Wyman empfiehlt die Anwendung seiner Erfindung bei Larynxstenose in Croup oder Diphtheritis und behauptet, dass der Tod bei Kehlkopfstenose in diesen Krankheiten nur in Folge von Ermüdung des Zwerchfells und der Inspirations-Muskeln eintritt. Durch an Schweinen gemachte Experimente, will er beweisen können, dass die Luftzellen mit seinem Apparat vollständig ausgedehnt und mit Luft gefüllt werden können, selbst wenn der Luftröhrenspalt durch Krankheit verstopft sein sollte.

In einer Versammlung der "*Detroit Academy of Medicine*" wurden neulich die Hautausschläge, welche durch Arzeneimittel hervorgerufen werden, besprochen.

Dr. Andrew berichtete einen Fall von Wechselfieber, der sich vor 15 oder 20 Jahren in seiner Praxis ereignet hatte. Jede Gabe von Chinin rief bei dem Patienten

Erythema hervor, ohne dass der Arzt die Ursache zu entdecken vermochte. Selbst *Elixir Calisayae* übte eine ausgeprägte Wirkung auf den Betreffenden aus.

Bei einem anderen Kranken verursachte Chinin regelmässig eine *stomatitis aphthosa.*

Dr. Andrew meinte, es sei immer besser die Patienten vor den möglichen Folgen solcher Arzeneimittel wie Belladonna und die Jod- und Brom-Präparate zu warnen.

Dr. Wilson beobachtete bei der Anwendung von Sandelholzöl einen den Masern ähnlichen Hautausschlag. Er verschrieb in Folge dessen *Copaiva* und der Ausschlag verschwand.

Dr. Cleland erinnerte daran, dass *Copaiva* ebenfalls oft einen Hautausschlag zur Folge hat und dass andere balsamische Mittel dieselbe Wirkung haben; auch *Oleum Terebinthinae* sei in dieser Hinsicht gefährlich.

Dr. Kinney bemerkte, dass derartige Ausschläge nicht nur durch Droguen hervorgerufen werden und erzählte von einem Urticaria-Fall, zu dem er in der Nacht gerufen wurde. Der Patient hatte am Abend unmässig viel Trauben gegessen, welchem Umstande der Arzt die Krankheit zuschrieb. Nachdem der Patient einige Abführpillen eingenommen, verschwand der Auschlag.

Dr. Hutchinson beobachtete bei einem Kinde in Folge einer zwei-grämigen Dosis von Jod-Kali eine *purpura hemorrhagica*, welche in kurzer Zeit tödtlich verlief.

Dr. Wyman machte darauf aufmerksam, dass die durch Arzeneimittel hervorgerufenen Hautausschläge leicht mit denen der acuten Exantheme verwechselt werden können und rieth, in der Diagnosis vorsichtig zu verfahren.

Dr. Lyons berichtete, dass das neue Fiebermittel *Antipyrin* in Dosen von 10 bis 20 Gran einen Ausschlag verursacht.

Vor einigen Tagen hielt Ihr Correspondent vor der "*Detroit Medical and Library Association*" einen Vortrag über "Feuerbestattung," dem eine Discussion folgte. Doch verzichteten viele prominente amerikanische Aerzte auf das Recht, die Cremationsfrage zu besprechen, vielleicht aus Furcht? — Die deutschen Aerzte disputirten ohne Ausnahme — zu ihrer Ehre sei es gesagt — und die Mehrzahl derselben sprach sich zu Gunsten der Leichenverbrennung aus. Nur Einer—Herr Dr. Flintermnan—war weder für noch gegen die Reform. Dabei muss ich noch bemerken, dass mehrere der besten Aerzte unserer Stadt, welche zu obengenanntem Verein gehören, durch ihre Abwesenheit glänzten, jedenfalls um der Debatte über die für sie unangenehme Frage zu entgehen.

Nächstens mehr.

Ihr ergebenster
Dr. Hugo Erichsen.

Bücherschau.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde; med. chir. Handwörterbuch für praktische Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg in Berlin; zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage; Wien und Leipzig; Urban und Schwarzenberg, 1885.

Der erste Band (Aachen—Arterien) dieses ausgezeichneten Werkes ist bereits complet erschienen. Es ist dies eine von Grund auf vollständig umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage des grossartigen Werkes, zu welchem ein-hundert-und-dreissig der besten deutschen und österreichischen Mediziner und Pharmaceuten Beiträge geliefert haben Die Erweiterung des Planes für die Real-Encyclopädie wurde hauptsächlich durch die Hinzuziehung der medicinisch-propädeutischen Disciplinen verursacht, also: Anatomie, Histologie, Entwickelungsgeschichte, Physiologie und physiologische Chemie. Dadurch wird das Werk aus etwa fünfzehn Bänden bestehen, welche in circa vier Jahren completirt sein werden.

Von den besonders interessanten und vorzüglich geschriebenen der dreihundert Artikel, meist mit Angabe der wichtigsten einschlägigen Literatur nennen wir nur:

Abdominaltyphus von Prof. Zuelzer (50 S.)
Abortus von Prof. Kleinwaechter und Prof. E. Hofmann (20 S.)
Accomodation von Prof. Schmidt-Rimpler (20 S.)
Acne von Prof. Kaposi (7 S.)
Actinomykosis von Prof. Marchand (10 S.)
Agoraphobie von Prof. Westphal (4 S.)
Albuminstoffe von Privatdocent Dr. J. Munk (13 S.)
Albuminurie von Prof. Senator (16 S.)
Amputation von Prof. E. Gurlt (25 S.)

Aneurysma von Prof. P. Vogt 25 S.)
Angina pectoris von Prof. A. Fraenkel (16 S.)
Antidota von Prof. Bernatzik (13 S.)
Antiphlogose von Prof. Samuel (18 S.)
Aphasie von Prof. R. Arndt (18 S.)
Apotheker und Apothekerwesen von Prof. Th. Husemann (15 S.)
Arbeiterhygiene von Prof. Soyka (11 S.)
Arsen von Privat-Docent Dr. L. Lewin (13 S.)
Arterien von Prof. Marchand (35 S.)

Die Illustrationen sind wesentlich besser, als die der ersten Auflage; überhaupt werden manche treffliche Aenderungen und Verbesserungen eingeführt, auf welche hier einzugehen, zu weit führen würde. Die typographische Ausstattung ist ganz vorzüglich und die Real-Encyclopädie verdient in der Bibliothek eines jeden Mediziners einen Ehrenplatz. G. W. R.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studirende und Aerzte von Dr. Edmund Lesser, Privat-Docent a. D. Universität Leipzig; Leipzig, F. C. W. Vogel; 1885.

Der erste Band dieses Lehrbuches, welcher die Hautkrankheiten behandelt, ist ein gut aut ausgestattetes Werk von 284 Octav-Seiten mit 22 Abbildungen, welche theils microscopish, theils macroscopisch einzelne Hautkrankheiten zur Darstellung bringen. Für Studirende und in den Hautkrankheiten weniger heimische Aerzte ist das Buch ein recht brauchbares Compendium, wenn es auch strengwissenschaftlichen Anforderungen nicht ganz entsprechen dürfte.

Die Behandlung des Gegegenstandes ist nämlich weder in anatomischer, noch in ätiologischer Hinsicht befriedigend durchgeführt. L. ist vielmehr eklektisch vorgegangen und huldigt dem Utilitätsprincipe, indem er sich mehr mit der Symptomatologie und Therapie befasst, als wie mit wissenschaftlichen Erörterungen über die verschiedenen in der Literatur niedergelegten Ansichten und Theorien der betreffenden dermatologischen Fachschriftsteller.

Das Werk ist in fünfzehn Abschnitte eingetheilt, welche keine Ueberschriften haben, da in denselben keine zusammengehörigen Krankheiten abgehandel werden.

Was die Erörterung der anatomischen Verhältnisse der Hautkrankheiten betrifft, finden wir sehr wenig; hingegen müssen wir die praktische Auseinandersetzung der Localisation der Hautkrankheiten, die Symptomatologie, die Diagnose, die Differential-Diagnose und die einfache, in klarer Sprache dargestellte Therapie rühmend hervorheben. Am Ende des Buches finden wir nebst dem Register verschiedene bei den Hautkrankheiten anzuwendende Rezeptformeln, welche in zusammengedrängter Kürze beinahe alle Mittel anführen, wesshalb wir dieses Buch als übersichtliches Compendium über Hautkrankheiten praktischen Aerzten anempfehlen. Es ist zu wünschen, dass Verfasser den zweiten Theil (über Geschlechtskrankheiten) baldigst veröffentlichen möge. Dr. I. Morvay-Rottenberg.

Max Schaeffer (Bremen). Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie u. Laryngologie. J. Bergmann, Wiesbaden; 1885, pp. 99.

Der Verfasser giebt in der vorliegenden Publication ein Resumé seiner chirurgischen Thätigkeit in den benannten Fächern während der letzten 10 Jahre. Von dem vielen Interessanten seien, soweit der Raum es gestattet, folgende Punkte hervorgehoben.

Zur Sicherstellung der Diagnose von Erkrankungen der Knochen und der Nebenhöhlen der Nase, von denen er 35, darunter 5 Fälle von Syphilis, beobachtete, bedient er sich ausser den rhinoscopischen Untersuchungen seiner Löffelsonde von 22 Centimeter Länge, mittelst welcher er leicht brüchige Knochenblätter durchstösst und sich den Weg in die verschiedenen Nebenhöhlen bahnt, die dann ausgekratzt werden. So berichtet er über einen schönen Fall von geheilter Ozaena nach Eröffnung beiden *Sinus sphenoidales.*

Von chronischer Rhinitis, ohne welche im Gegensatz zu anderer und auch des Ref. Ansicht nach Schaeffer keine Hyperplasie des cavernösen Gewebes auftritt, sind bloss die galvanocaustisch operirten Fälle—370 an der Zahl—angeführt und hatten dieselben 27 verschiedene Complicationen und Reflexe im Gefolge. Die Resultate der Behandlung sind äusserst günstig, nur ein Fall von Agoraphobie ungeheilt, 25 Fälle gebessert, alle anderen geheilt, darunter über die Hälfte der Asthmatiker, fast alle Fälle von Cephalalgie, Hemicranie und Supraorbitalneuralgie.

S. hat in seinen operativen Tabellen die mannigfachen Begleiterscheinungen auch bei Nasenpolypen, den hypertrophischen Tonsillen, der granulösen Pharyngitis und den adenoiden Vegetationen aufgezählt—Beobachtungen, deren Studium sehr zu empfehlen ist. Hier sei nur erwähnt, dass Asthma und nervöse Zustände bei allen vier Gruppen vorkommen. Mit Recht verwirft S. bei Operation der Nasenpolypen die Zange und gebraucht er meist die kalte Schlinge mit feinem Draht. Fibrome operirt er nur mit den bequemen, leichten, galvanocaustischen Instrumenten von Schlech, indem er mit der Schlinge hinter dem Gaumensegel in die Höhe geht. Unter den verschiedenen Operationsmethoden ist die so schöne Resultate gebende von Lincoln (*Archives of Laryngology* 1883) nicht erwähnt.

285 Fälle von *Paryngitis granulosa* wurden galvanocaustisch erfolgreich behandelt. Für adenoide Vegetationen (270 Fälle) zieht er die in den Nasenrachenraum eingeführte Michel'sche Hohlmeisselzange der Operation von der Nase aus vor. Ein nach Entfernung von Adenomen geheilter Fall von Chorea verdient Erwähnung.

S. beobachtete auch einen Fall von Stimmbandzerreissung nach angestrengtem Singen bei bestehender acuter *Pharyngo-Laryngitis*. Das Stimmband war in der Mitte bis über die Hälfte quer eingerissen, die Ränder der Risswunde glatt wie mit einem Messer geschnitten. Unter abwechselnder *Jodglycerin* und *Argentum nitricum* Behandlung heilte der Riss in 11 Tagen, und der Patient hatte nach 5 Wochen fast den ganzen Umfang seiner früheren Stimme wieder. Verfasser verfügt über die stattliche Zahl von 60 Operationen Neubildungen im Kehlkopf und wandte wegen ihrer Einfachheit und Zeitersparniss in 28 Fällen mit günstigem Erfolge die Voltolini sche Schwammmethode an, deren Werth er besonders bei Neubildungen im unteren Larynxraum betont.

Die Indicationen des Katheterismus des Larynx mit den Schroetter'schen Hohlbougies suchte er an der Hand von 8 gut beobachteten Fällen zu erweitern und hat ihm dieselbe bei *Syphilis, Perichondritis, Paralyse der Glottisöffner* und *Phthise* gute Dienste geleistet und in manchen Fällen die Tracheotomie erspart.

Bemerkungen über *Struma*, für die er Elektrolyse warm empfiehlt, sowie ein einschlägiges Literaturverzeichniss beschliessen das sehr lesenswerthe Büchlein.

Dr. J. W. Gleistmann, New York.

Beziehungen der Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans zu Allgemeinleiden und Organerkrankungen, von Prof. J. Jacboson in Königsberg in Pr.; Leipzig, Verlag v. Wilhelm Engelmann, 1885.

Jedem praktischen Arzt, der sich für die Beziehungen interessirt, die zwischen den Erkrankungen des Auges und denen anderer Organe bestehen, sei diese Arbeit aufs beste empfohlen. Uns Specialisten ist der Verfasser schon lange als einer der gediegensten, wissenschaftlich-selbstständigen Arbeiter bekannt, bei dem die Pflege der Specialität, das Verständniss für die allgemeine Medicin nur noch mehr geschärft zu haben scheint. Dieses Buch ist Beweis genug dafür, wie falsch und unbegründet die Klage ist, dass der Ophthalmologie, seit von Graefe der Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin verloren zu gehen drohe. Das Werk ist ebenso unentbehrlich für den Augenarzt wie für den allgemeinen Arzt. Es ist für Beide eine Fundgrube von Anregung und Belehrung. Die Aufgabe, die sich der Verfasser gestellt hat, von den Krankheiten des Sehorgans ausgehend, die Allgemeinleiden auf ihre causale Bedeutung für die einzelnen Augenkrankheiten zu prüfen, hat er in einer Weise gelöst, wie es, bei dem jetzigen Standpunkt des Wissens nicht gründlicher und erschöpfender hätte geschehen können. Es ist unmöglich eine so hochbedeutende Arbeit in den Rahmen einer Besprechung, wie sie in einem allgemeinen medicinischen Journale geboten ist, gerecht zu werden. Einzelne abgerissene Sätze wiederzugeben, würde nur dem Ganzen Abbruch thun, das *in succum et sanguinem* aufgenommen zu werden verdient. Reiche geistige Ernte steht dem bevor, der die Abhandlung studirt. — Dr. M. Landesberg.

Albrecht von Graefe's Verdienste um die neuere Ophthalmologie. Aus seinen Werken dargestellt von Prof. J. Jacobson; Berlin. Verlag von Hermann Peters; 1886.

Dem Mediziner, den es interessirt einen Einblick in die geistigen Schöpfungen eines der grössten Heroen der Wissenschaft zu gewinnen, – dem angehenden Augenarzte, der sich über den Umfang der Schätze orientiren will, die er aus den zerstreuten Originalarbeiten des Reformators der Augenheilkunde zu heben berufen ist, dem bewährten Specialisten selbst, der ein Brevier haben will, aus dem er in seiner täglichen Arbeit, Erholung und Erhebung schöpfen kann, — allen diesen sei das oben erwähnte Werk bestens empfohlen. Dasselbe repräsentirt ein

pietätvoll und meisterlich ausgeführtes Referat über die sämmtlichen Arbeiten, die uns von Graefe hinterlassen. Dabei ist die ursprüngliche Form soviel als möglich gewahrt. Die ursprüngliche Eigenart leuchtet überall hervor, das Walten des Genius gibt sich kund, wie es alle diejenigen ergriffen, gehoben und begeistert hat, die das hohe Glück gehabt, sich Schüler des hochbegnadeten Meisters nennen zu dürfen, die gewürdigt waren aus dem geistvollen Munde unmittelbar die Resultate der Beobachtungen und Erfahrungen die „Er" gewonnen, zu vernehmen. Was sich Jacobson vorgenommen „die Erinnerungen an den Schriftsteller Graefe dadurch lebendig zu erhalten, dass er einen Einblick in den Umfang, den Inhalt seiner Werke und seiner Arbeitsmethode erleichtert," hat er vollständig erfüllt. In leichter Uebersichtlichkeit liegt uns das grosse Material vor, — ein Denkmal für einen der grössten Söhne des Jahrhunderts — a e r e p e r e n n i u s ! —

M. L.

Der Elektromagnet in der Augenheilkunde. Eine Monographie von Prof. Dr. J. Hirschberg; Leipzig; Verlag von Veit & Co.; 1885.

Ein vorzügliches Schriftchen, welches in klarer, präciser Weise alles Wissenswerthe über die Bedeutung und Wirksamkeit des Elektromagneten in der Augenchirurgie enthält. Nach einer historischen Einleitung über den Gebrauch des Magneten zur Extraction von Eisensplittern aus dem Auge kommt Hirschberg auf seine eigenen Erfahrungen zu sprechen, und berichtet ausführlich über 33 Elektromagnetoperationen, die er seit dem Jahre 1875 ausgeführt. Zum Schlusse wird in einer Literaturübersicht den fremden Leistungen auf diesem Gebiete vollständig Rechnung getragen.

M. L.

Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen von Alfred Hegar, Stuttgart; Verlag von Ferdinand Enke, 1885. pp. 83.

In obiger Schrift übergiebt Verfasser in gedrängter Kürze und doch mit vollständiger Klarheit und Ausgiebigkeit seinen ursprünglich für den Kopenhagener Congress geschriebenen Aufsatz, auch der grösseren Leserwelt.

Für jeden Embryoschriftsteller mag das Buch zum Muster dienen, denn es zeigt, wie viel Erfahrung, wie viel gediegen verarbeitetes Material, wie viel Literaturkenntniss in 83 Seiten geordnet werden kann, um dem Leser fesselnd ein abgerundetes Ganze vorzuführen.

Das erste Capitel handelt von der C a s t r a t i o n im Allgemeinen.

Nach Bemerkungen über die Wirkungsweise der Castration, welche Verfasser als Entfernung eines oder beider Ovarien mit oder ohne Tubenentfernung definirt, wendet er sich gegen die Angriffe, welche der Operation gemacht worden sind und noch werden; indem er sich auf rein pathologisch-anatomischen Boden stellt, verwirft er die Operation, ausser bei pathologischen Veränderungen der Sexual-Organe. Er nimmt Battey hierbei gegen Vorwürfe in Schutz und meint, dass die vielgeschmähten Amerikaner solche Eingriffe (Castration bei intactem Sexual-Schlauch) gar nicht so häufig gemacht haben, sondern dass Engländer und Deutsche (Olshausen), wenn sie bei solcher Operation nach fehlerhaft gestellter Indication keine Erfolge gehabt, nun das ganze Verfahren bekrittelt hätten. Er vertheidigt ferner seine Prioritäts-Ansprüche auf die sogenannte Tait'sche Operation und kommt dann auf die Neurosen der Genitalien im Allgemeinen zu sprechen, welche sich am häufigsten i n d e m "L e n d e n m a r k s s y m p t o m e n" aussprechen.

Das zweite Kapitel behandelt den ursächlichen Zusammenhang zwischen S e x u a l l e i d e n und N e u r o s e n.

Ausgehend von der allerdings an und für sich nichts beweisenden Gleichzeitigkeit von Neurosen und pathologischen Veränderungen im Sexual-System kommt er zuerst auf den verschiedenen Sitz der Neurose, auf das Verhältniss zu gewissen Phasen des Geschlechtlebens, auf das nicht immer gleichnamige Verhältniss zwischen pathologischem Befund und Umfang der Neurose. Dabei wird Spencer Wells ziemlich scharf kritisirt und dessen absprechendes Urtheil über die Castration gebührend zurückgewiesen. Nachdem H. dann den öfteren Zusammenhang zwischen Neurose und Sexual-Leiden durch Erwähnung älterer und neuerer Beobachtung auf das Klarste demonstrirt hat, geht er auf die Genese der Nervenleiden über und hält Druck ohne oder mit Zerrung, wohl mit Recht, für eines der Hauptmomente. Er warnt nun vor dem *post hoc, ergo propter hoc* und räth sorgfältige Exclusionsdiagnose (z. B. sollte die Psyche nicht vergessen werden) in jedem einzelnen Falle zu machen und die *Causa movens* erst festzustellen, um dann die richtige Diagnose und Indication zu finden.

Im dritten Capitel wird die Indication der Castration bei Neurosen besprochen.

Es heisst da:

Die Castration ist bei einer Neurose, welche abhängig ist von einer pathologischen Veränderung der Sexualorgane, dann indicirt, wenn andere Behandlungsweisen ohne Erfolg angewandt worden sind, oder solchen durchaus nicht erwarten lassen. Das Leiden muss lebensgefährlich sein, oder die psychische Gesundheit gefährden, oder jede Beschäftigung und jeden Lebensgenuss unmöglich machen. Die Ursache der Neurose muss durch die Operation entfernt oder ein ursächlicher Factor muss dadurch weggeschafft werden, ohne dessen Beseitigung an eine Heilung oder Besserung nicht gedacht werden kann. Im letzteren Falle sollen die übrigen ätiologischen Momente ebenfalls der Therapie zugänglich sein.

Das vierte Capitel handelt von den Misserfolgen der Castration. Eine nicht rationelle Stellung der Indication und eine fehlerhafte Ausführung der zwei Hauptmomente weist er Spencer Wells nach. Aber auch wenn die Operation richtig indicirt und gut gemacht wird, können circumscripte Entzündungen, die Kapsel um die Ligatur, Schwellungen und Stränge, überhaupt irgend welche fehlerhafte Verheilung den Erfolg untergraben. Ferner kann hochgradige Erschlaffung der Bauchdecken oder Bauchbruch mit ihren Folgenzuständen noch viel Mühe machen, um den daraus resultirenden Zustand zu heilen. Selbstverständlich verlangt H. zur Erzielung eines guten Resultates Schonung der Patientin, eine längere Beaufsichtigung und tadellose Nachbehandlung.

Im Schlusswort weist der Verfasser auf den Zusammenhang zwischen Psychosen und Sexualleiden hin. Solche Patientinnen, an denen der Irrenarzt sexuales Leiden vermuthet, sollten in Narkose von einem geübten Gynäkologen untersucht werden, um eventuell dasselbe zu erkennen und zu heben. Diese Untersuchung würde der betreffenden Patientin gewiss nichts schaden. Ueberhaupt sollte der Zusammenhang zwischen Gynäkologie, innerer Medicin, hauptsächlich Nervenkrankheiten, mehr und mehr studirt werden, denn "es ist hohe Zeit einmal von etwas Anderem zu hören, als stets von Bauchchirurgie und Antisepsis" und durch ein Zusammenwirken kann die Prophylaxis gegen die nervösen, Castration bedingenden Leiden, am besten gehandhabt werden.

Dr. C. A. von Ramdohr.

Puerperal Convalescence and the Diseases of the Puerperal Period, by Joseph Kucher, M. D.; New York; J. H. Vail & Co. 1886; pp. 311.

Verfasser giebt in obigem Büchlein in eminent praktischer Weise eine Uebersicht über die Behandlung der gesunden und kranken Wöchnerin. Den Schwerpunkt legt er auf das Kapitel über Puerperal-Fieber, in welchem er nach Zurückweisung sämmtlicher anderen Theorien sich ganz auf den Standpunkt von Semmelweiss stellt und der strictesten Anti- resp. Asepsis das Wort redet. In Bezug auf die Ansichten von R. Barnes meint Verfasser: "Jeder moderne Antiseptiker könne 1000 gegen 1 wetten, dass er eine gegebene Anzahl organisch erkrankter Frauen mit weniger Todesfällen entbinden könne, als ein nicht mit der Antisepsis Vertrauter, dieselbe Zahl gesunder Frauen." Verfasser ist ein Befürworter der vaginalen Einspritzungen nach normalen Entbindungen und erklärt den Garrigues'schen Occlusiv-Verband für unnöthig. Beides ist vollständig richtig, wenn genügende Menge Unterlagen, geübte Wärterinnen etc. zur Verfügung stehen, wie das in seiner New Yorker Praxis der Fall war (siehe Vorrede.) In den Miethskasernen und in der Armen-Praxis überhaupt würde vielleicht das Umgekehrte der Fall sein.

Das Buch ist in geradezu musterhaftem Englisch geschrieben und Germanismen (wie Polyp, Semester) sehr selten. Auch ist deutlich zu sehen, dass K. schon als Lehrer thätig gewesen, denn Alles ist übersichtlich und klar geordnet, nicht ein Wulst von Theorien, aus denen sich der beschäftigte Praktiker erst die ihm passende heraussuchen müsste, sondern ein, aus denselben an der Hand grosser Erfahrungen gezogenes Resultat. Jedem praktischen Arzte, welcher sich mit Geburtshülfe beschäftigt, sei das Buch auf das Wärmste empfohlen. V. R.

Die Redaktion des *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases* ist durch den Rücktritt Dr. Piffard's gänzlich in den Händen von Dr. P. A. Morrow. Es ist das einzige Journal in englischer Sprache, welches nur diesen Specialfächern gewidmet ist und hat sich dasselbe mit Recht in den drei Jahren seines Bestehens einen ausgezeichneten Ruf erworben. Die Ausstattung ist stets eine äusserst reichhaltige: Chromolithographien und Holzschnitte dienen in instructivster Weise zum Verständniss der, meist sehr werthvollen Originalartikel.

Auch die erste Nummer unter der neuen Redaktion zeigt, dass das Journal in Bezug auf Inhalt, wie Ausstattung seinem wohlbegründeten Rufe getreu bleiben und Tüchtiges, namentlich auch für den praktischen Arzt Werthvolles, bringen wird.

Das „Archiv für Geschichte der Medicin" von Dr. H. Rohlfs hat aufgehört zu erscheinen.

Ein Inhaltsverzeichniss zu „Virchow's *Archiv.*" Bd. 1 — 100 ist soeben bei *Georg Reimer* in Berlin erschienen. (Preis 4 M.)

Priced and Illustrated Catalogue of Ophthalmological Instruments. C. J. W. Queen & Co., Philadelphia.

Die Herren James W. Queen & Co., in Philadelphia, welche sich in ärztlichen Kreisen eines wohlbegründeten Rufes als Optiker und Verfertiger von Gläsern nach Vorschrift erfreuen, haben soeben die 66. Auflage ihres illustrirten Catalogs publicirt, welcher in Form und Inhalt ähnlichen Publicationen als mustergiltig gegenüber gestellt werden kann. Besonders aufgefallen ist uns das reiche Verzeichniss von Apparaten, welche zur Prüfung der Farbenblindheit dienen, sowie eine ausgezeichnete Collection ophthamologischer Werke in allen Sprachen.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Regelmässige Sitzung vom 1. *Februar* 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzman,
Secretär: Dr. Willy Meyer.

Nach einer kurzen Executivsitzung, in welcher zwölf Candidaten aufgenommen wurden und nachdem das Protokoll der letzten Sitzung verlesen und angenommen worden war, erhielt Dr. F. Lange das Wort zu seinem Vortrage:

Ueber acute Osteomyelitis.

Dr. Lange gab zunächst in einigen einleitenden Worten die Gründe an, warum er gerade dieses Thema gewählt habe. Die Osteomyelitis sei eine Krankheit, welcher im Allgemeinen vom praktischen Arzte nicht immer die Aufmerksamkeit geschenkt werde, welche sie namentlich ihrer schweren Folgen halber verdiene. Obgleich das klinische Bild ein ziemlich klares sei, so werde doch oft die Diagnose der Osteomyelitis nicht gestellt, weil eben der praktische Arzt in einem gegebenen Falle dieser verhältnissmässig seltenen Krankheitsform nicht gedenke. Die Differential-Diagnose zwischen ihr und anderen Knochen, — resp. Gelenkleiden sei gerade im Beginne der Krankheit verhältnissmässig leicht, wenn der untersuchende Arzt sich nur immer der Thatsache erinnern würde, dass eine Osteomyelitis als besondere Krankheitsform existirt, dass also bei einer acuten Knochen-, resp. Gelenkserkrankung nicht blos an Caries, Necrose, Synovitis und den vielgestaltigen Rheumatismus gedacht werden solle.

Ein typischer Fall von Osteomyelitis verlaufe ungefähr in folgender Weise:

Der Patient, meist ein Knabe oder Jüngling im Alter der beginnenden oder beinahe vollendeten Pubertät (13—15 Jahre alt) liegt, wenn der, gewöhnlich erst ein bis drei Tage nach Beginn der Krankheit gerufene Arzt ihn zum ersten Male besucht, in hohem Fieber (bis zu 105° und 106° F.). Es wird berichtet, dass P. wenige Tage vor Anfang der Erkrankung einer intensiven, längere Zeit gewährt habenden Kältewirkung oder einem Trauma angesetzt gewesen sei. Er habe anfangs

über Kopfweh, Frösteln und Mattigkeit geklagt, bis sich nach einem heftigen Schüttelfrost ein hohes Fieber und zugleich Schmerzen in dem befallenen Knochen, resp. dem benachbarten Gelenke eingestellt haben. Patient liegt meist mit glühend-rothem, dann und wann auch erdfahlem Gesichte ziemlich apathisch da; die erkrankte Stelle ist geröthet und geschwollen und auf die leiseste Berührung sehr schmerzhaft. Meist ist der Sitz der Osteomyelitis in dem Ende eines der grösseren Röhrenknochen, z. B. der Tibia. Dann sei auch immer das benachbarte Gelenk, also das Kniegelenk, in Mitleidenschaft gezogen. Es ist ein leichter Synovial-Erguss vorhanden und die Unfähigkeit des Kranken die betreffende Extremität zu bewegen, könne unter Umständen eine Lähmung vortäuschen. Die anderen Zustände nun, mit denen die Osteomyelitis hauptsächlich verwechselt werden könne, seien:

Gelenk-Rheumatismus,
Pyämie,
Erysipelas,
Phlegmone;
Auch: Pneumonie und
Typhus.

Und in den späteren Stadien:

Osteitis (Necrose und Caries),
Arthritis und
Neuralgie.

Diese irrthümlichen Diagnosen seien alle schon gemacht worden und zwar dann und wann von verhältnissmässig erfahrenen Aerzten.

Die einzig richtige Behandlung sei die, baldmöglichst einen tiefen Einschnitt in das Gelenk sowohl, wie durch Weichtheile und Periost bis auf den Knochen zu machen. Im Gelenke finde sich dann ein mehr oder weniger eitriger Erguss, in dem Knochen jedoch, von welchem ein der Erkrankung entsprechendes Stück herausgemeiselt werden müsse, zeige sich das Mark als der Sitz der Erkrankung und zwar finden sich unter dem die Markhöhle auskleidenden Periost zerstreute kleinere Heerde eines Eiters von bräunlich-blutiger Beschaffenheit, auf welchem meist viele kleine Fettaugen schwimmen und der einen Sauerteig-ähnlichen Geruch zeige. Ist der Prozess schon weiter vorgeschritten, so komme die beginnende Epiphysenablösung zur Anschauung; die Knorpel seien schon mehr oder weniger geschmolzen und resorbirt und was davon übrig ist, sei von der Diaphyse abgelöst.

Trotzdem können, wenn der Process sehr heftig war, oder schon länger gedauert hatte, doch auch nach der Operation alle die Complicationen eintreten, die sicher folgen, wenn gar nicht operirt werde. Denn die Operation sei bei Osteomyelitis die einzige radicale, kunstgerechte Behandlung, welche eingeschlagen werden sollte — abgesehen natürlich von der Allgemeinbehandlung mit Antipyreticis, Stimulantien und Roborantien.

In Bezug auf Differentialdiagnose von Coxitis sei noch zu erwähnen, dass passive Bewegungen bei Osteomyelitis leicht gemacht werden können und dass das Anschlagen an die Hacke meist keinen, durch Zusammenstoss der Gelenkenden erzeugten, Schmerz verursache. Sehr schwierig sei oft die Diagnose einer Osteomyelitis des *Os innominatum*, obgleich dieselbe einen nicht unbeträchtlichen Theil der Fälle ausmache.

Die Complicationen nun, welche bei nicht rechtzeitiger Diagnose und Unterlassung der Operation eintreten und das lethale Ende

herbeiführen, seien die in den verschiedensten Körpertheilen sich bildenden Metastasen, embolischen Processe und Infarcte. Es können alle möglichen Knochen und Gelenke und die verschiedensten inneren Organe zum Sitze dieser Processe werden und bei Sectionen seien solche in Lunge, Milz, Nieren etc. fast stets anzutreffen.

Die Nachkrankheiten resp. die Fälle von nicht früh genug erkannter und nicht sofort operirter Osteomyelitis können der verschiedensten Art sein, je nachdem der Prozess sich mehr in der Mitte der Diaphyse oder an den Knochenenden lokalisirt. Oft genug werden diese Folgezustände mit tuberkulösen Knochenerkrankungen verwechselt; auch als Rheumatismus und Arthritis (namentlich Coxitis) werden sie angesehen. Ist das Gelenk implicirt, so lösen sich die Epiphysen und schmelzen oft grösstentheils; ist der Sitz in der Mitte des Schaftes, so entstehen durch Wucherung von Osteophyten Auftreibungen, welche oft zur Spontanfracturen führen.

In der nicht-deutschen Literatur haben wir kaum eine vollständige Abhandlung über die Osteomyelitis. Chassaignac sei der Erste auf dem Continente Europa's gewesen, der die Krankheit erkannt und beschrieben, doch habe er geglaubt, dass nur durch Amputation des befallenen Gliedes die Prognose nicht unbedingt tödtlich werde. Redner erwähnt ferner, dass er zufällig eine Arbeit eines amerikanischen Chirurgen in die Hand bekommen habe, welcher die Krankheit klinisch und pathologisch genau beobachtet und beschrieben habe. Es ist dies Dr. Peter Snief, welcher Ende des achtzehnten Jahrhunderts Professor der Chirurgie am *Yale College* war. Er hielt die Krankheit für einen Knochenabscess und rieth zur sofortigen Oeffnung.

Ein genaues Studium der Natur der Osteomyelitis verdanken wir jedoch erst den Deutschen Denner, v. Lücke, Roser &a., in neuerer Zeit Rosenberg. Die technischen Hilfsmittel der letzten Jahrzehnte ermöglichten es einen Befund festzustellen, welcher überraschend genannt werden müsse. Man fand nämlich bei acuten Fällen eine bedeutende Anzahl von Mikrokokken. Die schwere Allgemeinerkrankung könne man nun in der Weise erklären, dass die bei Beginn der Krankheit geringe Zahl derselben sich bald rasch vergrössere, aber der durch ihre Proliferation erzeugte lokale Process zu einer to intensiven Entzündung führe, weil der beschränkte Raum in der Markhöhle eine lokale Limitation für die Ausbreitung setze. Dann folge eben der Transport der Mikrokokken und Entzündungsprodukte durch Lymph- und Blutbahnen und die bereits beschriebenen Metastasen.

Nach Rosenberg sei die Anordnung des Kokkus traubenförmig (*Staphylococcus*), die Farbe orangegelb, wesshalb er ihn für identisch halte mit dem in den meisten Eiterungen enthaltenen Kokkus. Gause fand ihn im Karbunkel. Eine spezifische Einwirkung auf das Knochensystem sei noch nicht erwiesen, doch könne man sagen, dass er eine septische Wirkung habe und dass er sich mit Vorliebe in den Knochen und den Muskeln lokalisire. (Dr. Lange berichtete nun eine, im Hinblick auf die verhältnissmässige Seltenheit der Osteomyelitis, ziemlich bedeutende Anzahl von zum Theil sehr schweren Fällen, in denen er in früheren oder späteren Stadien der Krankheit Ausmeisselungen, Trepanationen und Resectionen vorgenommen. Die betreffenden Präparate [darunter ein vollständiges Kniegelenk] wurden demonstrirt und war dieser Theil der Vorlesung bei Weitem der interessanteste, wenn er auch selbstverständlich hier übergangen werden muss.)

Diskussion.

Dr. L. Weber berichtete über einige Fälle, welche er selbst gesehen: Ende der sechziger Jahre wurde er eines Montags zu einem 12-*jährigen Knaben* gerufen, welcher den vorhergehenden Samstag während grosser Kälte stundenlang Schlittschuh gelaufen war. Am Samstag Abend hatte er einen Schüttelfrost und als W. ihn sah, machte er den Eindruck eines schwer Kranken. Der rechte Oberschenkel war äusserst schmerzhaft und in Farbe und Aussehen verändert, mässig geschwollen. Es existirte völlige Unfähigkeit das rechte Bein zu bewegen und dazu kamen noch die typhösen Erscheinungen. Das ganze Bild glich in prägnanter Weise demjenigen, wie es von der Osteomyelitis geschildert wird, dass er sofort diese Wahrscheinlichkeits-Diagnose stellte, welche durch den zur Consultation herbeigezogenen Arzt bestätigt wurde. Dr. Post, denn dieser war es, schlug die Anbohrung des Knochens vor, welche denn auch am nächsten Tage vorgenommen wurde. Der typhöse Zustand des Kranken verschlimmerte sich und am 5. Tage trat der Tod ein.

Der zweite Fall betraf einen 14-*jährigen Knaben*, welchen er vor acht Jahren in Brooklyn sah. Der behandelnde Arzt konnte ihm über die Entstehung der Krankheit nichts mittheilen. Er sah ihn am Ende der 3. Krankheitswoche und hörte, er dass unter grossen Schmerzen und Fieber erkrankt sei und dass der rechte Oberschenkel immer mehr anschwelle. Er fand auch die ziemlich grosse Geschwulst und war die Diagnose der Ostemyelitis leicht zu machen. Die Operation wurde ohne Weiteres gestattet und sofort vorgenommen. Es entleerte sich sehr viel Eiter; als er mit dem Finger nach hinten und oben ging, kam er auf eine rauhe Knocherfläche und glaubte fast, dass er sich geirrt habe, dass nur eine Periostitis vorläge. Als er aber nun den Knochen selbst sondirte, kam er mit derselben in eine fistelartige Höhlung, welche in die Markhöhle hineinführte. Der Kranke genas nach Verlauf von einigen Wochen.

Volkmann beschreibt und bildet einen ähnlichen Fall ab.

Der dritte Fall betraf ein 14-*jähriges Mädchen*, welches er vor etwa acht Jahren zu einer Zeit sah, wo bereits Lösung der Epiphysen &c. eingetreten war. Es war dies ein subacuter Fall.

Dr. Willy Meyer berichtet über einen in den Osterferien 1884 in Prof. Trendelenburg's chirurgischer Klinik zu Bonn von ihm operirten Fall von partieller Nekrose des Oberschenkelkopfes nach früher überstandener akuter Osteomyelitis. Der circa 24 Jahre alte Patient zeigte eine knöcherne Ankylose des rechten Hüftgelenks. Das Bein stand in starker Abduktion, leichter Beugung und Auswärtsrollung fixirt und zeigte eine ziemlich scharfwinklige Knickung in der stark verdickten Gegend des *Trochanter major*. An der Aussenseite des Letzteren bestand eine Fistel, durch welche die Sonde in beträchtlicher Tiefe auf einen frei beweglichen Sequester mit glatter, abgerundeter Oberfläche stiess.

Die Knickung im Knochen rührte offenbar von einem geheilten, durch Lösung der oberen Epiphyse des Femur entstandenen Spontanbruch aus der Zeit der akuten Entzündung her. Bei der ausgeführten Nekrotomie fand sich in der Höhle der obere Theil des Schenkelkopfes als Sequester vor. Das Präparat glich auf's Haar dem von Dr. Lange zuerst vorgezeigten.

Ferner berichtet Dr. Meyer die Krankengeschichte eines etwa 8 Jahre

alten Patienten, der in denselben Ferien von Prof. Trendelenburg wegen einer Nekrose im oberen Drittel des Humerus operirt wurde. Die streng antiseptisch ausgeführte Operation, welche an sich durchaus keine Schwierigkeiten bot, war alsbald von hohem Fieber und schweren typhösen Allgemein-Erscheinungen gefolgt, ganz wie sie die primäre akute Osteomyelitis zeigt. Trotz aller angewandten Gegenmassregeln starb Pat. nach wenigen Tagen. Als Todesursache wurde die sogenannte "recidivirende Osteomyelitis" — nach Volkmann — angenommen. Sektion ward von den Eltern des Kindes verweigert.

Volkmann, aus dessen Klinik mehrere solcher Fälle zuerst beschrieben sind, nimmt an, dass die Osteomyelitis-Kokken in der Sequesterlade persistiren und ihre Lebensfähigkeit behalten können, ohne Schaden anzurichten. Der in Folge des Eingriffs entstehende Bluterguss giebt einen geeigneten Nährboden für den Pilz, der nun, zu neuem Leben erwacht, ganz wie in frischen Fällen sein deletäre Wirkung entfalten kann.

Zum Schlusse entspann sich eine Debatte über die Rolle, welche der *Staphylococcus* bei der Osteomyelitis spielt, an welcher sich ausser dem Redner des Abends Dr. A. Seibert, Dr. Schapringer, Dr. J. Schmitt u. A. betheiligten.

In seinem Schlussworte erwähnte Dr. Lange als unumstössliche Thatsache, dass in mehr wie 60 Proc der Erkrankungen an Osteomyelitis das Erkältungsmoment als der wesentlichste aetioliogische Factor gelten muss.

Protokolle der „Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte" von New York.

Sitzung vom 25. Januar 1884.

Vorsitzender: Dr. Scheider; Secretär: Dr. A. Schapringer.

Krebs der Wirbelsäule.

Dr. Boldt stellt einen 50jährigen Mann mit folgender Krankheitsgeschichte vor. Seine Mutter starb im Alter von 57 Jahren an Magenkrebs. Sonst ist die Familiengeschichte negativ. Seit einem Jahre klagt der Patient über Schmerzen in der Lumbargegend, welche in die unteren Extremitäten ausstrahlten. Er ist von Kräften gekommen und kann seit October vorigen Jahres keine Arbeit verrichten. Seit jener Zeit hat er 20 Pfund an Gewicht verloren. Er hat eine schmutzig-gelbe Hautfarbe, klagt über schlechten Geschmack im Munde und über profusen Schweiss. Die Cervical- und Lumbalwirbel sind auf Druck empfindlich. Die Schmerzen sind auf der rechten Seite heftiger als auf der linken. Beim Gehen hebt er das rechte Bein höher als das linke. Bei Percussion des Thorax findet sich links hinten etwas Dämpfung, doch ist das Athmungsgeräusch normal. Der Urin enthält weder Eiweiss, noch Zucker. Vorstellender glaubt, dass es sich in diesem Falle wahrscheinlich um eine von der Wirbelsäule ausgehende krebsige Neubildung handele, und erinnert an die Präparate, welche er in der Sitzung vom 25. Mai 1883 der Gesellschaft vorwies und die von einem Falle stammten, welcher mit dem vorgestellten viel Aehnlichkeit hatte.

Auf eine Anfrage Dr. Gerster's, ob im gegenwärtigen Fall auf Aortenaneurysma untersucht worden sei, antwortet Dr. Boldt bejahend; doch sei die Existenz eines solchen nicht zu eruiren gewesen.

Auf eine Frage Dr. Engelsmann's gibt Dr. Boldt an, dass auch Syphilis nicht nachgewiesen werden konnte.

Dr. Jacobi findet bei der Untersuchung den Arterienton der Aorta nicht rein, sondern gedehnt und etwas blasend. Er bemerkt, dass eine in der Nähe der Aorta gelegene vergrösserte Drüse die Veränderung im Arterienton hervorbringen könne und glaubt, dass der Patient möglicherweise an *Meningitis spinalis* oder beginnender Tabes leide. Er erinnert sich eines Falles von Tabes, der mit rasenden Zahnschmerzen begann. Er erkundigte sich auch nach dem Zustand der Pupillen und nach den Sehnenreflexen.

Dr. Boldt erwidert, dass das Kniephänomen verstärkt sei, und zwar auf der rechten Seite mehr als auf der linken.

Dr. Jacobi meint, dass dies gegen Tabes spreche.

Dr. Engelsmann bemerkt, dass nach den Untersuchungen von Nathan Weiss der Patellarreflex im Anfangsstadium der Tabes häufig vermehrt sei.

Dr. Schapringer berichtet nach Untersuchung der Pupillen, dass die linke mittelweit sei und normale Reaction zeige. Die rechte ist für die Untersuchung nicht geeignet, weil das betreffende Auge vor einiger Zeit wegen traumatischen Cataractsder Graefe'schen Extraction unterworfen wurde und der Pupillarrand der Iris zum Theil mit den Kapselresten verlöthet ist.

Musikalisches Distanzgeräusch an den Aortaklappen.

Dr. Schmitt stellt einen Fall von Distanzgeräusch des Herzens vor Zunächst geht er auf die pathologischen Verhältnisse, die zur Entstehung fernhin hörbarer Töne oder Geräusche des Herzens Veranlassung geben, näher ein. Distanztöne sind manchmal zu hören bei Neurosen des Herzens und bei Pneumopericardium. Auch die innige Annäherung von Herz, Diaphragma und Magenwand, Verhältnisse wie sie bei Herzbeutelverwachsungen und Gasauftreibung des Magens vorkommen, begünstigen das in Rede stehende Phänomen. Hierbei werden die Herztöne durch die Magenresonanz metallisch klingende. Pericardiale Distanzgeräusche sind beobachtet worden bei Pyopneumopericardium und Herzbeutelverwachsungen. Es sind entweder Reibe- oder Plätschergeräusche. Die meisten Fälle von Distanzgeräuschen sind jedoch endocardialer Natur und gehen aus von dem Klappenapparat der linken Herzhälfte. Sie können systolisch oder diastolisch sein. Sie sind häufig bedingt durch Verkalkungs- oder Ossificationsprocesse, besonders des *Ostium Aortae*. An der Bicuspidalis haben diese Distanzgeräusche nicht selten einen musikalischen Charakter, als deren Ursache eine Zerreissung einer *Chorda tendinea* oder eines Klappenzipfels nachgewiesen wurde.

Patient, ein Mann von 39 Jahren, zeigt ein diastolisches Distanzgeräusch mit tiefem musikalischem Charakter, ähnlich dem Ton einer Bassgeige. Dabei bestehen die Erscheinungen einer Insuffizienz der Aortenklappen. Das diastolische Geräusch ist am lautesten in der Mitte des Sternums zu hören und ist aus zwei Schallerscheinungen zusammengesetzt:

1. Aus dem diastolischen, blasenden Geräusch, das auf Rechnung der Insuffizienz der Aortenklappen zu setzen ist, und
2. Aus dem oben erwähnten, tiefen musikalischen Ton, der gleichzeitig mit dem diastolischen Geräusch einsetzt und etwa ein Drittel der Länge der Diastole einnimmt. Dieser musikalische Ton nun

ist es, der sich nach allen Richtungen hin mit demselben Charakter fortsetzt, auf der ganzen vorderen und hinteren Körperfläche des Patienten und noch auf eine Entfernung von etwa 20 Cm. von der vorderen Thoraxfläche mit dem unbewaffneten Ohre zu hören ist. Die Palpation gibt auf der ganzen vorderen Thoraxfläche ein sehr ausgesprochenes diastolisches *Frémissement.* Die Herzdämpfung erstreckt sich drei Finger breit nach aussen von der Mammillarlinie und der Spitzenstoss erfolgt im 7. Intercostalraum; zugleich mit der systolischen Hervorwölbung daselbst ist im 6. Intercostalraum eine Einziehung zu bemerken. Der Puls ist voll und gespannt. In den bisher publicirten Fällen, wo solche Distanzgeräusche während des Lebens gehört wurden, und eine Autopsie möglich war, wies die letztere meistens eine Zerreissung entweder des Klappenapparats der Bicuspidalis oder der Aortenklappen nach. Vortragender hält deshalb dafür, dass der vorgestellte Patient ausser der Insuffizienz der Aortenklappen noch eine Zerreissung einer Tasche derselben acquirirt hat. Diese Continuitätstrennung hatte die Bildung einer Membran zur Folge, die durch den reurgitirenden Blutstrom in Schwingungen versetzt, jenen eigenthümlichen, tiefen musikalischen Ton erzeugt.

Dr. Seibert erwähnt den Fall eines fünfjährigen Mädchens, welches einen akuten Gelenkrheumatismus durchmachte, in Folge dessen sich eine Mitralis-Insuffienz ausbildete. Anfangs zeigte sich in diesem Falle auch ein Distanzgeräusch, welches sich jedoch bald wieder verlor. Gegenwärtig vernimmt man blos bei Auscultation ein Blasen.

Dr. Gruening meint, dass der vorgestellte Patient an *Morbus* Basedowii leide, weil er das sogen. Gräfe'sche Symptom dieser Krankheit zeige.

Dr. Jacobi und Andere können sich bei der Untersuchung des Falles von der Existenz dieses Symptomes (Retraktion des oberen Lides) nicht überzeugen.

Dr. Schmitt erwidert, dass das Gräfe'sche Symptom nicht pathognomonisch für die Basedow'sche Krankheit sei. Er hält diese Diagnose im gegenwärtigen Falle für unbegründet, da Struma und Exophthalmus fehlten und die Herzpalpitationen mehr als genügend durch das bestehende *Vitium cordis* erklärt seien.

Gegenüber Dr. Jacobi, der die beim Patienten zu beobachtende systolische Einziehung im 6. Intercostalraume in der Mammillarlinie auf eine Synechie des Pericardiums bezieht, bemerkt:

Dr. Schmitt, dass er in diesem Falle, wo gleichzeitig mit der systolischen Einziehung der Spitzenstoss vorhanden sei, die Einziehung für bedeutungslos halte. Dieselbe entstehe einfach dadurch, dass in dem Momente, wo die Herzspitze sich hervorwölbe, der höher gelegene Theil der Herzwand sich etwas von der Brustwand entferne und die nachrückende Brustwand durch Ausfüllung dieses Raumes die Erscheinung der Einziehung veranlasse.

Ganglion des rechten Carpalgelenkes; später Tenosynovitis der Extensoren.

Dr. Boldt stellt einen 54jährigen Schlosser vor, den er vor geraumer Zeit durch Punktion und nachfolgende Jodinjektion von einem Ganglion in der Gegend des rechten Carpalgelenkes befreit hatte, dessen Arm jedoch noch immer nicht gebrauchsfähig geworden war. Er fordert die Collegen zur Untersuchung des Armes auf, behufs Erforschung des Grundes der Arbeitsunfähigkeit.

Dr. Gerster findet eine Tenosynovitis der Streckmuskeln und bemerkt, dass diese Muskelgruppen verhältnissmässig häufig der Sitz dieser Erkrankung seien und dass die Veranlassung dazu durch gewisse Hantirungen gegeben werde, welche die Strecker ungebührlich anstrengen, wie z. B. das Bohren.

Dr. Kucher erstattet Bericht über die Untersuchung des Uterus nebst Adnexen, welchen Dr. Boldt in der vorhergehenden Sitzung demonstrirt hatte. Die Untersuchung bestätigte die von Dr. Kucher damals ausgesprochene Vermuthung, dass es sich um eine Interstitialschwangerschaft handle. Dieselbe befand sich etwa in der sechsten Woche. Das cystisch entartete Ovarium enthielt das *Corpus luteum*. Der Embryo konnte nicht aufgefunden werden. Das was bei der Section als Geschwulst imponirt hatte, erwies sich als die Placenta.

Dr. Garrigues wirft ein, dass die Placenta sich erst am Ende des dritten Monats zu bilden anfange. Chorionzotten wären schon früher zu sehen, aber keine eigentliche Placenta.

Dr. Kucher erwidert, dass die Placenta sich schon am Ende der sechsten Woche zu bilden anfange.

Dr. Boldt zeigt das Gehirn eines sieben Monate alten Kindes, welches an tuberculöser Meningitis zu Grunde gegangen war.

Weiters zeigt Dr. Boldt Präparate, herrührend von einem Falle von Peritonitis bei einem Kinde. Zwei Tage vor der Erkrankung hatte dasselbe von einem anderen Kinde einen Stoss in die rechte Inguinalgegend erhalten. Die Bauchhöhle fand sich von stinkendem Eiter erfüllt. Die Peritonitis war in der Gegend der Ileocoecalklappe am meisten ausgeprägt.

Dr. A. Jacobi zeigt zur Warnung ein Urethralbougie, dessen Olive beim Herausziehen aus der Harnröhre abgebrochen war. Das Bougie war neu und hatte keine Knickung noch irgend eine andere Unvollkommenheit gezeigt.

Dr. Gerster findet bei der Untersuchung des Bougie, dass dasselbe nicht gewebt ist, wie es sein sollte, sondern dass es anscheinend aus einer Masse bestehe, welche in eine Form gegossen wurde.

Dr. Engelsmann berichtet über einen Fall von Abdominalabscess zweifelhafter Herkunft, wahrscheinlich von einer Perinephritis herrührend bei einer Gravida.

Hierauf gedachte Dr. A. Jacobi in einer kurzen Ansprache des kürzlich verstorbenen Dr. J. W. Frankl.

Personalien etc.

Prof. Rauber, *bisher in Leipzig*, ist zum ordentlichen Professor der Anatomie an der Universität zu Dorpat gewählt worden.

An Stelle des verstorbenen Prof. Heynsius ist Dr. W. Einthoven zum Professor der Physiologie und Histologie an der Universität zu Leyden ernannt worden.

Die Pocken sind in Madrid der Cholera gefolgt. An einem der ersten Tage nach Vorkommen des ersten Falles (19. December) starben 19 Personen an denselben.

Dr. Loewenberg, *aus Frankfurt a. O.*, welcher in Paris als Ohrenarzt praktizirt, hat den höchsten Preis für praktisch-chirurgische Medizin erhalten, welchen die *Académie française de Médecine* zu vergeben hat: den Preis Itard von 2500 Francs.

Die Zahl der in Berlin studirenden Mediziner ist von 1073 im Sommersemester auf 1305 im jetzigen Wintersemester gestiegen.

In Preussen starben im Jahre 1884: 718,049 Personen d. h. 26,5 *pro mille;* dazu kommen noch 43,123 Todtgeborene.

Dr. Baer, *Oberarzt am Gefängnisse zu Plötzensee* bei Berlin, ist der preisgekrönte Bewerber bei der in Rom ausgeschriebenen Concurrenz: „über die in diesem Jahrhundert gemachten Fortschritte in den Studien über die Anthropologie der Verbrecher und über den Werth der auf Grund dieser Thatsachen aufgestellten Theorien."

Ein Fragebogen als Grundlage für eine internationale Irrenstatistik wurde auf einem am 26. & 27. December 1885 tagenden Congress der österreichisch-ungarischen Psychiatriker ausgearbeitet.

Die Ernennung des Privatdozenten und Prosektors am Rudolphshospitale in Wien, Dr. Anton Weichselbaum, zum ausserordentlichen Professor der pathologischen Anatomie an der Wiener Universität ist erfolgt. (S. No. 1. d. N. Y. M. P.)

Dr. von Krafft-Ebing wurde zum ordentlichen Professor der Psychiatrie an der Universität zu Graz ernannt.

Ein Ehrengeschenk für Prof. Troeltsch, den berühmten Wiener Otologen, bestehend in einer grösseren Summe Geldes und einem Album, ist in Aussicht genommen und soll demselben mit einer Adresse überreicht werden, weil er sich aus Gesundheitsrücksichten zurückzuziehen beabsichtigt.

Dem „N. Y. College of Physicians und Surgeons," welchem der verstorbene Vanderbilt eine halbe Million donirte behufs Errichtung eines neuen Gebäudes, sind von Mr. Sloane, einem Schwiegersohne des Ersteren, weitere Mittel zur Verfügung gestellt worden, um ein Gebärhaus zu errichten. Dies ist sehr wünschenswerth, da solcher Facilitäten in der Stadt New York viel zu wenige sind.

Zum Nachfolger Leube's hat die medizinische Facultät in Erlangen Prof. Strümpell, bisher in Leipzig, gewählt.

Gegen den Geheimmittelschwindel gehen die preussischen Behörden sehr energisch vor, durch Warnung vor Geheimmitteln unter amtlicher Angabe ihrer Beschaffenheit, Veröffentlichungen von Erkenntnissen gegen Quacksalber etc. Ob's was hilft — ?

Der Impfzwang soll in Oesterreich, zunächst wenigstens in der Armee, eingeführt werden und zwar soll das diesjährige Recrutencontingent (93,000 Mann !) mit animaler Lymphe geimpft werden.

Prof. A. J. Danilewski, *bisher in Kasan*, ist zum Professor der physiologischen Chemie zu Charkow und Dr. W. Dobranrow, bisher Privat-Docent in Moskau zum Professor der Gynäkologie zu Kiew ernannt worden.

Dr. Wagenhaeuser, *bisher Privat-Docent* für Otiatrik in Tübingen ist zum Professor ernannt worden.

Prof. Solger *in Halle* ist an Stelle des verstorbenen Prof. A. Budge nach Greifswald berufen worden.

In Appenzell herrschen die Pocken. Sie wandern von den Behörden unbelästigt, schon seit längerer Zeit langsam aber sicher von Haus zu Haus.

Todtenliste.

Dr. Ploss in Leipzig, ein bekannter tüchtiger Anthropolog.

Dr. Joseph von Schneller, Decan des Doctoren-Collegiums der medizinischen Facultät in Wien, Obmann der von ihm geschaffenen hygienischen Section dieser Facultät.

Dr. A. Dechambre, Chefredacteur der *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie* in Paris.

Prof. D. Friedrich Roloff, Director der Thierarzneischule und Mitglied der Reichsgesundheitsamtes in Berlin. Bei seiner (Feuer-) Bestattung hielt Virchow eine tiefempfundene Rede, in der er den Verstorbenen als Mensch und als Gelehrten sehr hoch stellte.

Dr. Joseph A. Eve und Dr. L. A. Dugas in Augusta, Ga., die letzten Ueberlebenden von jener kleinen Zahl tüchtiger Mediziner, welche vor einem halben Jahrhundert (1832) das *Medical College of Georgia* gründeten, damals ausser derjenigen in New Orleans die einzige medizinische Schule südlich von Philadelphia, und jetzt mit der *University of Georgia* als deren *Medical Department* vereinigt.

Dr. A. C. Post in New York. S. Seite 124.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. I. New York, den 15. Maerz 1886. No. 4.

Acute Carbol-Vergiftung.

Von Dr. August Caillé, Kinderarzt am *Deutschen Dispensary* der Stadt New York.
Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte des *Deutschen Dispensary*, am 11. Dezember 1885.

Unter acuter Carbolvergiftung im Sinne dieser Mittheilung verstehe ich die ätzende und toxische Wirkung der Carbolsäure, die beim Verschlucken derselben resultirt, nicht den acuten Carbolismus (die toxische Wirkung in Folge von Resorption). Fünf Fälle dieser Art hatte ich Gelegenheit zu beobachten, die fünfte und zuletzt beobachtete Phenol-Vergiftung kommt hier nicht in Betracht, da der Patient, ein 35jähriger Tabetiker durch einen Esslöffelvoll der Säure fast augenblicklich getödtet wurde und natürlich von einer Hülfeleistung bei ihm nicht die Rede war. Die vier factisch behandelten Fälle (2 junge Kinder und 2 Erwachsene) gedenke ich Ihnen unter Vermeidung jeder unwesentlichen Beigabe darzustellen, wobei ich speziell über die Frage einer rationellen Behandlung Ihr Interesse wachrufen möchte.

I. Fall. Ein Kind von 2½ Jahren spielte in der Wohnstube mit Arzneiflaschen. Die Mutter sah zu, wie das Kind eine Flasche an den Mund setzte und austrank. Alsbald fiel es mit einem lauten Schrei zu Boden und bekam Convulsionen. Die Flasche enthielt 15 gramm concentrirter Carbolsäure, welche an demselben Tage von einem Collegen zum äusserlichen Gebrauch verordnet worden waren. Fünfzehn Minuten nach der Einnahme des Giftes war ich zur Stelle. Das Kind sah aus wie eine Leiche, die Convulsionen hatten sistirt, die Extremitäten und der Unterkiefer hingen schlaff herab; Puls sehr rapid, Athmung oberflächlich und rasch, Pupillen gross, kein Reflex beim Betasten der Cornea: ein copiöser Stuhl war abgegangen, der Mund war mit Schleim gefüllt, an der Mund- und Rachenschleimhaut zeigte sich die Aetzwirkung deutlich. Ich sah, dass wohl jeder Eingriff nutzlos sein würde, reinigte aber demungeachtet den Mund und führte einen englischen Catheter in den Magen, behufs Ausspülung mit einer Lösung von Natr. sulfur. Um keine Zeit zu verlieren und in Ermangelung eines geeigneten Apparates nahm ich die Lösung in den Mund und spritzte dieselbe durch den Catheter in den Magen. Dann legte ich das Kind auf die Seite, drückte vorsichtig auf den Bauch und beförderte die Flüssigkeit nebst etwas Mageninhalt auf diese Weise wieder heraus.

Dieses Manöver wiederholte ich drei oder vier Mal und war überzeugt, dast die Ausspülung des Magens gelungen war. Auffallend war mir der Umstand, dass eine Brechbewegung während dieser Manipulation nicht eintrat. Der Hals des Kindes wurde mit einer Eiscompresse umgeben, der Körper in warmen Flanell eingepackt und Milchpunsch mit Kreide verordnet. Nach etwa einer Stunde kam das

Kind zum Bewusstsein, schluckte die verordnete Mixtur, wurde jedoch bald wieder comatös und starb 7 Stunden später unter den Erscheinungen von Lungenoedem. Auf Carbolharn wurde nicht vigilirt und die Section nicht zugegeben,

II. Fall. Eine schwerkranke Frau von 30 Jahren, welcher ich am Tage vorher den Uterus wegen *Retentio Placentae* ausgeräumt hatte; nahm aus Versehen, in der Nacht, einen Esslöffel voll concentrirter Carbolsäure.

Sie bemerkte ihren Irrthum und trank sofort ein grösseres Quantum Milch. Bald darauf verlor sie das Bewusstsein.

Ich fand sie comatös, leichenblass, die Haut war kühl, die Athmung langsam und röchelnd, der Puls langsam und klein, die Pupillen weit, der Unterkiefer fixirt. Ich führte eine grosse Schlundsonde durch die Nase in den Magen und trichterte 6 Tassen Kreidewasser ein. Da bei der Senkung des Trichters keine Flüssigkeit empor kam, goss ich noch 4 Tassen Kreidewasser nach, und versuchte alle die bekannten Kunstgriffe die verstopfte Schlundsonde patent zu machen und den Magen zu entleeren, aber ohne Erfolg. Darauf entfernte ich die Röhre und applicirte diverse Brechreize, — auch das ging nicht; da fiel mir die Apomorphin-Wirkung ein, und in etwa 15 Minuten hatte mir der Mann der Patientin aus einer nahen Apotheke 1 Gran Apomorphin in Lösung herbeigeholt, wovon $\frac{1}{8}$ Gran und bald darauf noch $\frac{1}{8}$ Gran subcutan eingespritzt wurden.

Binnen 10 Minuten stellte sich heftiges Erbrechen ein. Der Magen wurde ausgiebig entleert und durch abermaliges Verschlucken von Kreidewasser gut ausgespült. Die Frau war mittlerweile zum Bewusstsein gekommen und begann unaufhörlich zu stöhnen und zu klagen, wobei sie sich nach dem Halse griff und nach dem Magen deutete. Dann trat ein bedenklicher Collaps ein, die Patientin verlor das Bewusstsein abermals, der Puls wurde enorm langsam und kaum fühlbar. Ich vermuthete in diesen Erscheinungen eine Apomorphin-Wirkung und bemühte mich, die Haut mit Aether und Cognac zu unterminiren, was von sehr gutem Erfolge begleitet war. Am nächsten Tage war der Hals in seinem ganzen Umfange vergrössert, der Rachen oedematös geschwollen und an vielen Stellen weisslich gefleckt. Das Schlucken war unmöglich, der Harn charakteristisch gefärbt. Am 2. Tage war das Schlucken möglich, aber beschwerlich; die Patientin erhielt Milchpunsch mit Kreide, kalte Milch, *Condensed milk*, Rahm, süsse Butter, Schleim, Eiweiss und Eis, und konnte nach drei Wochen das Bett verlassen.

Im Verlauf der folgenden 9 Monate traten keinerlei Schluckbeschwerden auf, noch stiess die öfters eingeführte Schlundsonde auf ein Hinderniss.

III. Fall. Ein Kind von 3 Jahren soll nach dem Bericht von Augenzeugen etwa 6 Drachmen concentrirte Carbolsäure verschluckt haben. Convulsionen traten nicht auf, sonst war das Krankheitsbild, die Hülfeleistung und der Ausgang genau wie im ersten Falle.

IV. Fall. Patient war ein Bierwirth, dessen Hausarzt ihm eine Hustenmedizin, und 90 g. concentrirte Carbolsäure für äusserlichen Gebrauch verordnet hatte.

Der Mann, zu Hause angelangt und begierig, die Wirkung der neuen Medizin kennen zu lernen, ging in die Küche, suchte sich einen Esslöffel von grossem Kaliber und goss sich ein. Als die Flüssigkeit über die Zunge rollte, bemerkte er seinen Irrthum und versuchte den Schluckakt

zu inhibiren, was ihm aber nicht gelang. Die Säure schlüpfte in die Tiefe; der erschrockene Mann that das Beste, was unter den Umständen zu thun war, er griff nach der Salatölflasche, die etwa 1 Pint enthielt und schickte das Oel der Säure nach. Bei meiner Ankunft ging er in grosser Aufregung im Zimmer umher, seine Sprache war heiser, Puls klein und rapid, er klagte über Brennen in der Magengrube — sonst nichts. Er hatte vor meiner Ankunft ein Pint Oel und ein Quart Milch getrunken. Ich entschloss mich, die Schlundsonde vorläufig nicht in Thätigkeit zu setzen und liess ihn noch ein Quart *Natron sulfuricum* in Lösung trinken und dann ein Pint warmes Wasser mit ʒii *Pulvis Ipecacuanhae;* sodann warmes Wasser mit *Pulvis Sinapis*, und endlich noch einmal das Ipecac.-Getränk. Das gewünschte Erbrechen liess auf sich warten. Mittlerweile war Apomorphin herbeigebracht worden; ich applicirte $\frac{1}{8}$ Gran subcutan. Nach 8 Minuten trat Erbrechen ein und hielt 2 Stunden an ohne Collaps-Erscheinungen. Das Erbrochene roch nach Carbol; das Oel schwamm obenauf wie die Fettaugen auf einer sogenannten kräftigen Suppe. Der Patient litt heftige Magenschmerzen, die sich auf Eis, Morphium und Eisblase besserten. Er erhielt dieselbe Nahrung wie die Frau und war nach 10 Tagen wohl. Carbol-Harn war constatirt, ebenfalls transitorische Albuminurie.

Seitdem sind 7 Monate verflossen und bis auf den heutigen Tag keine Schluckbeschwerden beobachtet worden.

Nachdem ich Ihnen die beobachteten Fälle vergegenwärtigt habe, sei mir eine Hervorhebung weniger Punkte gestattet.

Die concentrirte Carbolsäure ist uns als energisches Aetzmittel wohlbekannt; selbst starke Lösungen können Necrose thierische Gewebe verursachen.

Trotzdem habe ich die Ueberzeugung, dass unter besonderen Umständen die Aetzwirkung der Säure — wenn sie verschluckt wird, — nicht zur Geltung kommt.

Die von mir mitgetheilten Fälle Erwachsener, sprechen für diese Ansicht und als weiteren Beleg citire ich die folgenden Fälle aus der mir zugänglichen Literatur:

In der letzten Ausgabe des *U. S. Dispensatory* wird eines günstig verlaufenden Falles Erwähnung gethan nach Verschlucken von 45 gramm concentrirter Carbolsäure.

Davidson (*Med. Times and Gazette*, 1875) berichtet den Fall einer Magd, die in selbstmörderischer Absicht vier Unzen Carbolsäure zu sich nahm. Sie wurde bald bewusstlos und in diesem Zustand wurde ihr der Magen mit warmem Wasser ausgewaschen und zum Schluss ein Pint *Oleum Olivarum* eingetrichtert. Sie genas vollkommen.

Mosler (*Deutsches Archiv f. Klin. Med.*, 1872) erzählt von einem Postbeamten der 11 gramm Carbolsäure und 10 gramm *Spir. Saponatus* aus Versehen verschluckte. Er bekam Krämpfe, kalte Extremitäten und verlor das Bewusstsein. Die Magenpumpe wurde angewendet und der Magen ausgewaschen. Da der Patient nicht zu sich kam, wurde zur Ader gelassen; das sich entleerende Blut soll nach Carbol gerochen haben. Patient erholte sich ohne Nachkrankheit.

William Hunter[1] berichtet den Fall einer 45 Jahre alten Frau, die in der Trunkenheit ein Weinglas voll starker Carbolsäure trank. Nach Verlauf einer halben Stunde wurde sie bewusstlos. Die Untersuchung ergab Lividität des Gesichts, weisse Lippen, mässige Myose, beschleu-

[1]) A case of Carbolic acid poisoning. *Edinburgh Med. Journ. March* 1885.

nigtes mühsames Athmen, starker Phenolgeruch der Exspirationsluft. Puls weich und schwach, 120 pro Minute.

Mittels Magenpumpe wurde der Magen mit warmem Sodawasser ausgewaschen, alsdann 300 gramm Ol. olivarum in den Magen gegossen und nach einiger Zeit ebenfalls wieder entleert.

Der Zustand verschlimmerte sich so, dass der Tod unvermeidlich schien. Nach Verlauf einiger Stunden jedoch trat Besserung ein. Am nächsten Tag war der Harn schwärzlich gefärbt. aber eiweissfrei.

Nach acht Tagen völlige Heilung.

H. meint, dass in Folge der Trunkenheit die Resorption des Phenols langsamer vor sich ging, als unter normalen Umständen.

Dessau [2] berichtet den Fall eines Kindes von 2½ Jahren, das nach einer reichlichen Mahlzeit von Milch und Brod einen halben Theelöffel concentrirte Carbolsäure zu sich nahm. Die Mutter des Kindes gab demselben alsbald einen Esslöffel voll Salatöl, bei der Ankunft des Arztes war das Kind comatös.

Der Arzt gab dem Kind sofort mehr Oel[3] und kitzelte den Rachen mit einer Feder. Nach erfolgtem Erbrechen wurde Eiweiss-Milch und Kalkwasser gegeben. Das Kind genas.

Der Urin desselben war mehrere Tage dunkelgrün. Dessau glaubt, dass in diesem Falle die Aetzwirkung wegen der Anfüllung des Magens nicht zur Geltung kam.

Semple[4] berichtet den Fall einer Erau, die aus Versehen einen halben Esslöffel Carbolsäure einnahm und darauf ebenfalls zur Oelflasche ihre Zuflucht nahm. Semple applicirte ½ Gran Apomorphin subcutan, nach drei Minuten erfolgte starkes Erbrechen. Er gab später Mucilago und sah keinen Collaps eintreten. Die Patientin wurde gesund.

Oberst [5] berichtet, dass ein an Blasencatarrh leidender Patient von einer Wärterin in der chirurgischen Abtheilung des Augsburger Spitales aus Versehen ein Wasserglas voll fünfprozentige Carbollösung, anstatt Hunyadi-Wasser, zu trinken bekam.

Nach drei Minuten trat Collaps und Bewusstlosigkeit ein. Die Magenpumpe wurde applicirt und der Magen entleert; alsdann wurde mit kaltem Wasser nachgespült. (Dieser Eingriff ist desshalb gut, weil verdünnte Carbolsäure sich mit kaltem Wasser gut mischt.)

Der Patient erholte sich und sein Blasencatarrh besserte sich auffallend rasch nach dieser Carbolverschluckung.

Als Erklärung für den von verschiedenen Seiten beobachteten günstigen Verlauf bei Carbolvergiftung, möchte ich die verhältnissmässig geringe Affinität der Carbolsäure für Wasser betonen. Ganz im Gegensatz zu der Schwefelsäure, welche ja unter Entwickelung grosser Hitze sich mit Wasser combinirt, müssen wir erst durch Schütteln, Erwärmen und andere Kunstgriffe eine complete Diffusion zwischen Wasser und Carbolsäure anbahnen. Nach Verschlucken von concentrirter Schwefelsäure werden wir unter allen Umständen Necrose der Schleimhaut im Schlund und Magen und deren Folgezustände beobachten und wie wenig Schaden richtet gelegentlich eine Carbolvergiftung an. Ja, es ist denkbar, dass beim raschen Transport der concentrirten Carbol-

[2]) *N. Y. Med. Record*, 1878.

[3]) Wie das möglich ist im comatösen Zustande bei Vorhandensein von Schlundkrampf ist mir nicht verständlich! A. C.

[4]) *Virginia Med. Monthly*, 1877.

[5]) *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1878.

säure durch die mit zähem Schleime überzogene Speiseröhre (also beim Schluckakt) die Schleimhaut unverletzt bleiben kann, wenigstens bis zur Ausbuchtung des Oesophagus vor der Cardia, wo bekanntlich ein Durchpressen stattfindet. Im Magen angelangt, wird eine ausgedehnte Anätzung auch nicht leicht eintreten; die Säure hat ja Gelegenheit im flüssigen Mageninhalt suspendirt zu werden. Ein rasches Nachschicken von grossen Portionen Milch, Schleim oder Oel, also von Sachen, die in der Regel bei der Hand sind, schützt die gefährdete Schleimhaut noch mehr. Nur auf diese Weise kann ich mir den günstigen Verlauf in den mitgetheilten Fällen erklären.

Bezüglich der Wirkung des Phenols mag Folgendes von Interesse sein:

Concentrirte Carbolsäure bewirkt Coagulation der Proteïn-Körper, wodurch eine Resorption von Seiten der Schleimhäute verzögert wird. Schwächere Lösungen werden desswegen zu rascheren und heftigeren Erscheinungen führen als concentrirte Säure, weil sie rascher und vollkommener resorbirt werden. Mässige Gaben von Carbol werden von Erwachsenen gut vertragen, das kindliche Alter hingegen ist für Carbolsäure höchst empfindlich: 0,01 g. können schwere Erscheinungen hervorrufen. Ich kann bei dieser Gelegenheit vor längerer interner Anwendung des Phenols warnen. Ich habe dasselbe in der Kinderpraxis sehr ausgedehnt bei Pertussis, Diphtherie und Kindertyphoid versucht und bei zahlreichen Harnanalysen Carbolreaction gefunden. In zwei Fällen von Pertussis constatirte ich Albuminurie, welche erst acht Tage nach Sistirung der Carbolarznei verschwand.

Das Phenol übt keine cumulative Wirkung aus und wird rasch durch die Nieren ausgeschieden. Die tief schwarz-grüne Färbung des Harns beruht auf Oxydationsprodukten in demselben und gestattet keinen Schluss auf die Sättigung des Organismus.[6]

Hoppe-Seyler[7] hat in einem Vergiftungsfall Carbol im Blut nachgewiesen.

Die lethale Dosis der Carbolsäure lässt sich aus den publicirten Fällen gar nicht bestimmen. Für einen erwachsenen Menschen werden 18—30 g. angenommen.[8]) Ich habe einen Fall citirt, wobei Genesung nach der Verschluckung von 4 Unzen Carbolsäure eintrat. Von grossem Einfluss sind:

1. Ein leerer oder gefüllter Magen;
2. baldige oder verzögerte Hülfe;
3. Art der Hülfe.

Erfolgt der Tod nicht etwa in den ersten 12 Stunden nach der Vergiftung, so sind die Chancen für Wiederherstellung günstig.

Die Haupt-Symptome sind:

Coma und Anaesthesie; kalter Schweiss; Muskeltrismus.

Taylor & Sutton[9]) fanden Contraction der Speiseröhre. Krönlein[10]) eben dasselbe Symptom. Ferner treten auf: Convulsionen — die Pupillen sind meist eng; selten wurde Erbrechen beobachtet. Die Mund- und Rachenhöhle ist geröthet und zeigt weisse Flecken. Stuhlgang

---

[6]) Salkowski; *Archiv für Physiologie.* 1872.

[7]) *Würtemberger Correspondenz-Blatt* 1872.

[8]) *Oberst.* loc. Cit.

[9]) *British Med. Journal,* 1874.

[10]) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1873.

nicht charakteristisch. Urin grau-grün, manchmal Eiweiss enthaltend; Temperatur subnormal.

Als sehr delicate und zuverlässige Farbenreaction für *freie* Carbolsäure im Harn gilt eine 2proz. wässerige *Bromlösung*. Will man *Carbolate* im Harn nachweisen, so mischt man den Harn mit Salpetersäure und verdampft auf einer Porzellanschale; dann entwickelt sich deutlicher Carbolgeruch und es zeigen sich gelbe und rothe Ringe (Picrinsäure).

Der anatomische Befund ist:

Aetzung der betroffenen Schleimhaut; Lungenoedem und flüssige Beschaffenheit des Blutes.

Ueber die Fälle, die sofort tödtlich verlaufen, kann ich mich kurz fassen, denn sie haben für diese Mittheilung keinen Werth.

Hamilton[11]) glaubt, dass es sich dabei um eine Lähmung des Vagus-Centrums handele.

Jeffries und Hainworth[12]) glauben, gestützt auf einen obducirten Fall, dass der Tod durch Erstickung eintrete und zwar in Folge von Hypersecretion und Schleimanhäufung in den Lungen, durch Vagus-Reizung und Lähmung,

Salkowski[13]) nimmt Reizung des Vagus und des Respirations-Centrums in der Medulla an. Der Reizzustand wird durch Anhäufung von Kohlensäure im Blut zur Lähmung — asphyctisch tritt der Tod ein.

Soviel steht fest: Die Carbolsäure ist ein starkes Nervengift; mehr will ich Ihnen von den langathmigen theoretischen Deductionen nicht zumuthen. Der Patient ist doch todt.

Wie gestaltet sich nun die Behandlung im Lichte der gesammelten Casuistik? Ist die Schlundsonde am Platz? Sind Brechmittel indicirt? Haben wir Gegengifte oder neutralisirende Chemicalien zu geben?

Ich citire nochmals das *U. S. Dispensatory*, in welchem es heisst:

"The Stomach pump or the India rubber tube Syphon should be at once employed, the benumbing of the stomach being such that emetics usually will not act."

Ich glaube, man handelt im Interesse des Patienten, wenn man die Schlundsonde so lange derselbe bei Bewusstsein ist und schlucken kann, nicht anwendet, damit keine weitere Verletzung der Schleimhaut entsteht. Die Anaesthesie der Magenmucosa war in meinem Falle ein auffälliges Symptom; denn gute und erprobte Brechreize helfen nichts. Dagegen haben wir in dem Apomorphin ein energisches Emeticum, das in 2 Fällen bei subcutaner Application mir seine Dienste nicht versagte. Auch kann ich mich erinnern gelesen zu haben, dass bei einer Vergiftung mit einem nicht ätzenden Gift das Apomorphin sich ebenfalls werthvoll erwies. Der Fall von Semple, dessen Bericht mir erst vor wenigen Tagen zu Gesicht kam, spricht ebenfalls für den Werth des Apomorphins bei Intoxicationen, wenn promptes Erbrechen indicirt ist. Es ist mit Vorsicht anzuwenden, da es Collaps bedingen kann.

Als Gegengift und zur innerlichen Anwendung sind empfohlen: von Hausmann[14]) das *Calcium Saccharatum*, von Galippe[15]) Kreide und Ol. olivar.

Baumann & Sonnenberg[16]) empfehlen die löslichen Sulfate-Natron

[16]) *Med. Times und Gazette*, 1877.

[11]) *British Med. Journal*, 1873.

[12]) *Med. Times & Gazette*, 1871.

[13]) l. c.

[14]) *Journ. de Pharmacie*, 1873.

[15]) *Journ. de Pharmacie*, 1874.

sulfuricum — das selbst nach Aufnahme der Säure ins Blut noch wirksam ist (vermuthlich durch Bildung eines Sulfocarbolates).

Dr. Cernea [17]) hat durch Versuche im Laboratorium der *University of Pennsylvania* die Aussage von B. & S. bestätigt.

Senftleben [18]) empfiehlt warm:

Acid. sulf. dilut.	10,0
Mucil Gi. arab.	200,0
Syr. simpl.	30,0

in Gaben von einem Esslöffel voll.

Insofern Carbolsäure in Oel leicht löslich ist und alsdann nur geringe Aetzwirkung besitzt, so lässt sich gegen die Anwendung eines Oeles wenig einwenden. Da aber das Oel recht bald resorbirt wird und die toxische Wirkung des Phenols zur Geltung kommen muss, so ist die Anwendung löslicher Sulfate vorzuziehen.

Da die Carbolsäure im Handverkauf an das Publikum abgegeben wird, kommen Vergiftungen damit verhältnissmässig oft vor.

Ich habe im *Bureau of Vital Statistics* von New York die Bücher der letzten 10 Jahre durchgesehen und 39 Todesfälle durch Carbol verzeichnet gefunden. Dabei sind nur die accidentellen Vergiftungen gemeint; nicht die Selbstmorde mit Carbol, von denen etwa 8 Fälle sich vorfanden. Wie viele Vergiftungen günstig verliefen, entzieht sich der Berechnung.

Die Säure wird meist aus Versehen geschluckt, nicht in selbstmörderischer Absicht; solche unglückliche Patienten verdienen desswegen die volle Sympathie des Arztes, dessen promptes, vernünftiges Eingreifen für Leben und Gesundheit gerade in einem solchen Fall von der allergrössten Wichtigkeit ist.

Resumiren wir die Behandlung der Carbol-Intoxication, so zeigt sich dieselbe sehr einfach! Ist der Patient bei Bewusstsein, so geben wir *Natron sulfuricum* in warmem Wasser, oder auch *Calcaria carbonica*, dann ein *Emeticum innerlich* oder auch Apomorphin subcutan. Ist der Pat. comatös so mag man dieselben Mittel durch Schlundsonde und Trichter oder Magenpumpe appliciren. Die Nachbehandlung ist die einer acuten Gastritis.

Im Jahre 1872 hat Jemand den Vorschlag gemacht, alle Medicamente für äussere Anwendung in dreieckigen Gläsern zu dispensiren. Wäre dieser Vorschlag damals durch die Legislatur zum Gesetze gemacht worden, so würde die Casuistik der Vergiftungen wesentlich geringer sein.

Ueber Electro-medizinische Apparate und Methoden.

Von Dr. E. Tiegel, New York.

(Schluss.)

Der Condenser im secundären Stromkreis hat eine sehr wichtige und mannigfaltige Bedeutung. Zunächst bewirkt er, *dass die Schliessungsströme physiologisch vollkommen unwirksam werden.* Hiemit aber fällt gerade dasjenige Element weg, welches am meisten Unregelmässigkeiten veranlasst hatte. Es wirken bei der Reizung also jetzt nur die unter sich gleichen Oeffnungsströme und darum ertheilt das Uhrwerk auch nur 20 Reize, wenn es

[17]) *Phil. Med. Times*, 1879; IX. 592.

[18]) *Med. Chir. Centralblatt*, Wien 1878; XIII. 51.

den primären Strom 20 mal unterbricht und nicht 40, (resp. nur 4 und nicht 8) wie es ohne Condenser thun würde. Wenn wir in einer primären Spirale einen Strom immer in einer und derselben Richtung schliessen und öffnen, dann haben im secundären Kreis alle Oeffnungsströme unter sich dieselbe Richtung und auch alle Schliessungsströme unter sich. Aber die Richtung der Oeffnungsströme ist entgegengesetzt derjenigen der Schliessungsströme. Ohne Condenser wird also ein gereiztes Object von Wechselströmen durchflossen, mit Condenser von gleichgerichteten Strömen. Im Grunde genommen ist ein Condenser nur eine besondere Art der Stromunterbrechung und darum müssen wir untersuchen, wie bei seiner Anwendung überhaupt die Strömung im gereizten Object zu Stande kommt. Die Skizze, Fig. 2, soll den sec. Stromkreis darstellen. II ist die Spirale, p_1 und p_2 sind ihre beiden Enden; 1 ist die erste, 2 die zweite Condenserbelegung. Die Linien geben die Leitungen an und als zu reizendes Object diene die Schulter eines Mannes. Wenn nun der in einer bestimmten Richtung in der primären Spirale fliessende Strom geöffnet wird, dann muss bei p_1 ein bestimmtes negatives und bei p_2 ein ebenso grosses positives Potential entstehen. Hat der primäre Strom die umgekehrte Richtung gehabt, dann haben wir das positive Potential bei p_1 und das negative bei p_2. Wir wählen den ersten Fall. Die bei p_2 entstehende positive Electricität theilt sich durch Leitung der Platte 1 mit. Dadurch wird in 2 durch Influenz negative Elektricität angezogen und diese muss von

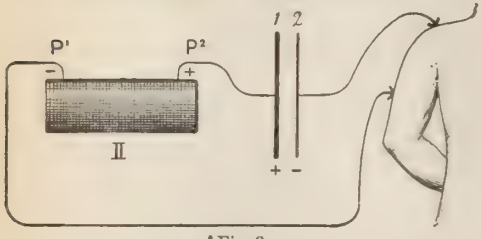


Fig. 3.

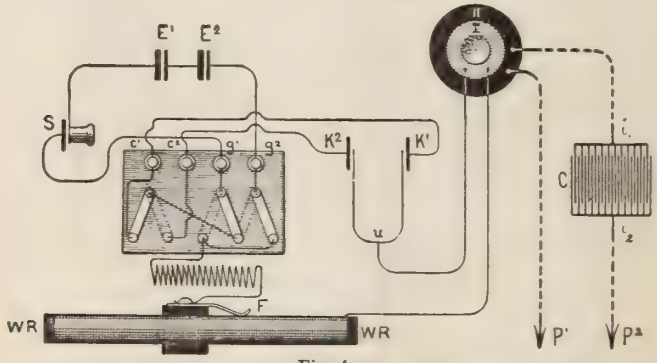


Fig. 4.

p_2 kommend durch den Körper, der in den Stromkreis eingeschaltet ist, fliessen. Aber schon im nächsten Augenblick, d. h. sobald die in der secundären Spirale wachgerufenen elektromotorischen Kräfte aufhören zu wirken, werden beide Platten durch den Körper und die secundäre Spirale entladen. In dem eben besprochenen Falle befand sich also der gereizte Körper nur in negativer Electricität. Bei der nächsten Oeffnung wird ganz genau dasselbe der Fall sein und da ja die Schliessungsinductionsströme ganz unwirksam sind, können wir so mit negativer

Electricität allein reizen. Drehen wir nun die Richtung des Stromes in der primären Spirale um, dann müssen wir auch alle Vorzeichen in unserer Skizze ändern und durch den zu reizenden Körper kann nur positive Electricität gehen. Wir haben es also vollkommen in der Gewalt, entweder nur mit positiver oder nur mit negativer Electricität

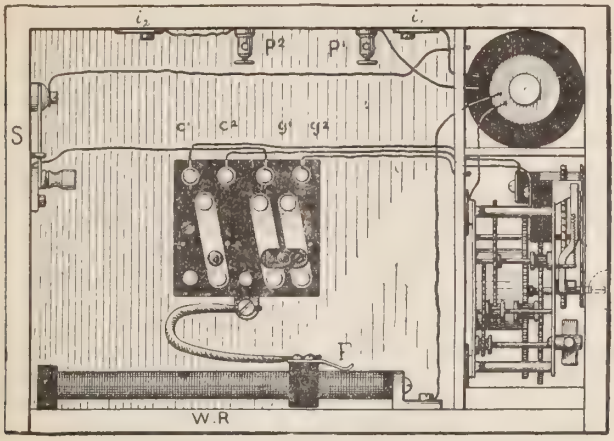


Fig. 5.

zu reizen. Diese Eigenthümlichkeit wurde bis jetzt noch mit keinem anderen Apparate erzielt. Sie ist von grosser Wichtigkeit, weil beide Electricitätssorten nicht gleich auf unseren gesunden und kranken Organismus wirken. Auf die nähere Ausführung dieses Punktes werden wir nach der Beschreibung des Apparates zurückkommen. In dem Diagramm Fig. 3 ist die Leitung des secundären Stromes durch punk-

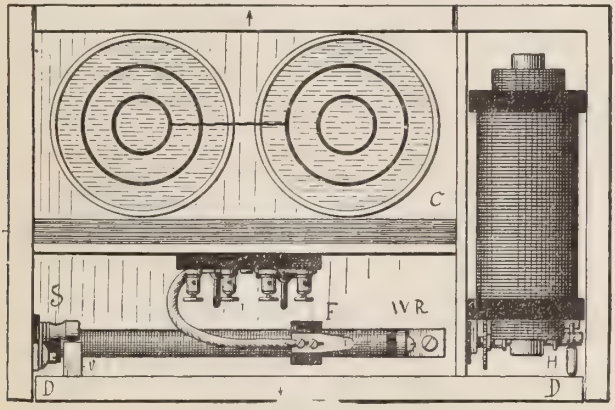


Fig. 6.

tirte Linien dargestellt, und bei C ist der Condenser schematisch dargestellt. Er ist natürlich ein Blättercondenser. Jedes seiner Belege hat eine Quadratyard Oberfläche. Fig. 4 stellt den Apparat in der Vorderansicht, Fig. 5 im Grundriss dar. Der Condenser ist in die Scheidewand eingebettet, welche, wie in Fig. 5 ersichtlich, die galvanischen Elemente von den vorderen Theilen trennt. Diese Scheidewand

ist mit c c bezeichnet. In Fig. 4 sieht man wie ein Pol der secundären Spirale zu i_1, dem einen Belag des Condensers geht. Der andere Belag, der bei i_2 sichtbar ist, geht zur Klemmschraube P_2. Der andere Pol der sec. Spirale geht direkt zur Klemmschraube P_1.

Der Condenser bedingt noch eine andere Eigenthümlichkeit, nämlich die, dass man die Stärke des sec. Stromes gut abstufen kann, dadurch, dass man die Stärke des primären Stromes ändert. Dieses aber geschieht beim zu beschreibenden Apparat durch Einschalten von Widerständen in den primären Stromkreis. Auf eine isolirende Walze ist Neusilberdraht aufgewickelt, aber so, dass die einzelnen Windungen sich nicht berühren. Die Walze wird dann in flüssigen Schellack getaucht, um die einzelnen Windungen noch sorgfältiger zu isoliren. Nach dem Erkalten wird der Schellack auf einem schmalen Längsstreifen wieder entfernt und auf diesem schleift eine Contactfeder. Das eine Ende des Drahtes der Widerstandsrolle, sowie die Contactfeder sind in den primären Stromkreis mit eingeschaltet. In den Fig. 3, 4 und 5 ist überall die Widerstandsrolle mit W R und die Contactfeder mit F bezeichnet.

Die *Elemente* sind Leclanché neuester Construction mit Gummiverschluss. Sie bleiben auch bei häufigem Gebrauch über ½ Jahr gut ohne je nachgesehen werden zu müssen und auch dann ist die Reparatur eine leichte und einfache. Sie vertragen nicht allzustürmischen Transport ganz gut. Sie hauchen keine Dämpfe aus und enthalten keine stark ätzende Flüssigkeit. Es sind 2 neben einander verbundene Elemente vorhanden. Frisch beträgt die E. K. eines jeden 1,5, alt 1,2 Volt. Der Widerstand von einem allein ist ca. ½ Ohm. Der Widerstand der primären Spirale ist ¾ Ohm. Der Gesammtwiderstand der Widerstandsrolle ist 100 Ohm. Die Stärke des primären Stromes (und ihr proportional die des secundären) kann also geändert werden bei ganz frischen Elementen von 1,7 bis 0,03 Ampère und bei älteren Elementen von 1,4 bis 0,024 Ampère. Die stärksten sowohl wie auch die schwächsten Ströme, welche der Apparat geben kann, dürfen nur ausnahmsweise zur Verwendung kommen.

In den Fig. 4 und 5 und im Diagramm 3 sind dann noch hervorzuheben, die unbeweglich mit einander verbundenen in der rechten oberen Ecke gelegenen Spiralen. Darunter liegt das Uhrwerk. Der ganze übrige Raum des Aufrisses ist vom Condenser eingenommen. Hervorzuheben sind noch der Stromwender g_1 g_2 und eine Weiche c_1 c_2 durch die je nach Wunsch das eine oder das andere Contactwiderlager (k_1 oder k_2 Fig. 1) eingeschaltet werden kann. S ist ein Schlüssel, der unmittelbar vor dem Gebrauch erst geschlossen werden muss und den man jedesmal nach dem Gebrauch öffnen soll, wenn man nicht einen ganz unnützen Verbrauch der Elemente riskiren will. Da aber die menschliche Natur leicht vergesslich ist, so ist folgende Einrichtung getroffen. Wenn der Kasten geschlossen ist, dann ist seine vordere Wand (D D in Fig. 5) parallel der in Fig. 4 gezeichneten Fläche. Um diese Fläche also überhaupt zu sehen, muss man den Kasten öffnen, d. h. die sich nach vorn und unten drehende Thüre herablassen. Diese Thüre nun hat einen Fortsatz V (Fig. 5), der beim Schliessen allemal den Schlüssel S zurückdrückt und öffnet. Am Uhrwerk findet sich ein Hemmungsstift H (Fig. 5). Wenn dieser nach vorn gezogen ist, läuft das Uhrwerk. Man arretirt es durch Zurückschieben des Stiftes. Seine Länge ist so berechnet, dass auch er jedesmal zurückgeschoben wird, wenn man die Thüre schliesst.

Nach Diesem dürften die Zeichnungen 3, 4 und 5 verständlich sein. Besonders in 3 ist in die Augen springend, dass alle Unterbrechungen im primären Strome geschehen. Der Vortheil beruht darauf, dass der primäre Strom relativ wenig gespannt ist und darum leicht sichere Isolationen sich erzielen lassen. Wenn wir an der Hand von Fig. 3 den Weg des primären Stromes verfolgen, so geht er also von den Elementen E_1 und E_2 zum Schlüssel S, dann zum Stromwender g_1 g_2, dann zu der Weiche c_1 c_2, dann zu einem der Widerlager k_1, k_2, dann durch das Uhrwerk u zur primären Spirale I, dann zur Widerstandsrolle W R, dann durch die Feder F zum Stromwender g_1 g_2 und dann zu den Elementen zurück.

Folgende Experimente geben Aufschluss über einige Besonderheiten des Apparates. Man applicire gleich grosse mit dem Apparat verbundene Elektroden an symmetrische Hautstellen; man gebe z. B. jede in eine Hand. Die Weiche kann sowohl auf schnellem wie auf langsamem Tempo stehen. Nun kann man sich zuerst überzeugen wie genau und leicht durch Verschieben der Feder F der Strom sich abstufen lässt. Auch bei den stärksten Strömen, die eine heftige Muskelzusammenziehung veranlassen, ist der Schmerz in der Haut Null oder sehr gering. Wohl aber kann die Spannung der Muskeln selbst und die Zerrung der Sehnen und ihrer Ansätze schmerzhaft werden. Die Stärke der Erregung ist auf beiden Seiten verschieden. Angenommen sie sei rechts stärker. Legt man nun den Strom in der primären Spirale um, dann ist sie links stärker. Wir haben früher schon auseinandergesetzt, dass der Körper entweder nur mit positiver oder nur mit negativer Elektricität erregt wird. Es gilt nun folgende Regel. Bei Erregung mit + E. ist die Elektrode kleineren Potentiales die stärkere, bei Erregung mit — E ist diejenige höheren Potentiales die stärkere. Der neue Apparat ist sehr geeignet, um Bestimmungen der Minimalerregbarkeit zu machen. Wenn man eine Elektrode auf eine indifferente Stelle, die andere an einen Platz legt, wo möglichst nahe unter der Haut ein sensibler Nerv verläuft, so wird man bei einer gewissen Reizstärke im Verbreitungsbezirk des Nerven eine lebhafte Empfindung haben. Setzt man die Elektrode auf den Verbreitungsbezirk selbst, dann ist die Empfindung viel schwächer oder gleich Null. Lässt man die Elektrode an der Stelle über dem Nervenstamm, dann kann man die Stromstärke sehr leicht so vermindern, bis man eben noch eine Empfindung hat. Nun merkt man sich die Stellung des Schiebers und widerholt den Versuch an anderen Nerven. Man findet dabei für die verschiedenen Nerven eines und desselben Individuums sehr annähernd immer dieselbe Stellung. Auch für die Nerven verschiedener gesunder Individuen sind die Schwankungen nur gering. Ganz anders ist es jedoch mit neuralgisch afficirten Nerven. Der kranke Nerv braucht hier um eben erregt zu werden, sehr häufig stärkere Ströme, als der symmetrisch gelegene gesunde.

Ich habe schon wiederholt hervorgehoben, dass man mit dem neuen Apparat entweder nur mit + E oder mit — E reizt. Beide Sorten haben verschiedenen therapeutischen Effect. Ich werde später in einer besonderen Arbeit zeigen, dass auch in dieser Form der + E eine beruhigende, der — E eine erregende Wirkung zu kommt. Ebenso werde ich später noch besonders ausführen, wie das langsame Tempo zur Erregung von Gefässnerven und in besonderen Fällen von Lähmungen und Rückenmarkserkrankungen nützlich ist.

Um es nochmals zusammenzufassen, so sind also die Vortheile welche

den Apparat empfehlen: 1) Eine unnütze Ermüdung wird vermieden. 2) Die Erregung ist eine gleichmässige und fein abstufbare. 3) Eine einmal gegebene Reizstärke kann sehr annäherend immer wieder gefunden werden. 4) Der Unterschied in der Wirkung der + E und — E kann ausgewerthet werden. 5) Für specielle Fälle ist das langsame Tempo von Vortheil.

Zur Wirkung des Cocains.

Von Dr. M. Landesberg.

Unter den vielen günstigen Wirkungen des Cocains beim Menschen sind in letzterer Zeit ganz besonders diejenigen betont worden, die sich auf die Psyche beziehen. Nach den betreffenden Berichten zu urtheilen, wäre das Cocain ein narkotisches Genussmittel, welches neben dem Haschisch und dem Kawa-Kawa eine ehrenvolle Stelle verdient. Innerlich respective subcutan genommen, soll das Cocain das Vorstellungsvermögen anregen, den Trieb zur geistigen Arbeit steigern, die Produktionskraft erhöhen, den Ideengang beschleunigen, dabei die Stimmung heben, ein Gefühl des Wohlbehagens erzeugen und die Phantasie in eine Traumwelt voller Glückseligkeit versetzen. Durch solche Berichte angeregt, beschloss ich, an mir selber die Wirkung des Cocains zu erproben. Ich spritzte mir demnach — bei vollem Wohlbefinden und bei normaler Stimmung—einen halben Gran des Merck'schen Salzsäure-Cocain subcutan ein und erneuerte die Dosis als, nach Verlauf von fünf Minuten, jedwede Wirkung ausblieb. Etwa fünf Minuten nach der letzten Einspritzung verspürte ich leichte Eingenommenheit des Kopfes, ein prickelndes Gefühl in den Fingerspitzen und Druck in der Magengegend, —Erscheinungen, die etwa zehn Minuten lang anhielten. Herz und Pulsschlag waren kaum verändert und waren eher verlangsamt. Das Gesicht war blass. Die Pupillen zeigten normale Beschaffenheit. Die Empfindlichkeit der Cornea war leicht herabgesetzt, die der Conjunctiva vollständig erhalten. Ich fühlte eine gewisse Schwere und Müdigkeit in den Gliedern und eine Neigung zum Schlafen. Aber die geistigen Functionen blieben ungeschwächt, wenn auch eine gewisse Trägheit im Ideengang sich zeigte. Ich legte mich nieder, nahm ein wissenschaftliches Buch zur Hand, konnte es mit Verständniss lesen, zog jedoch schliesslich die Ruhe vor. So lag ich eine halbe Stunde im Halbschlummer und erholte mich vollständig.

Nach vier Tagen wiederholte ich den Versuch, wobei ich mir jedoch von vornherein zwei Gran Cocain subcutan einspritzte. Etwa zwei Minuten darauf empfand ich äusserst heftiges Herzklopfen und starken Blutandrang nach dem Kopf mit Summen und Brausen im selben und in den Ohren. Es entwickelte sich ein solcher Schwindel mit Eingenommenheit des Kopfes, dass meine Gedanken sich verwirrten und ich jede Willenskraft und Selbstcontrolle verlor. Vielleicht war auch für wenige Augenblicke Bewusstlosigkeit eingetreten. Als ich meine Gedanken wieder sammeln konnte, befand ich mich in einem Zustande, der am besten mit dem des "*Katzenjammers*" bezeichnet werden dürfte. Finger und Zehen befanden sich in leicht krampfhaften Zuckungen, die dann einem Gefühle des Taubseins wichen. Ausserdem bestand heftiger Brechreiz und Druck im Epigastrium. Als nach etwa fünf Minuten eine geringe Besserung eintrat, fand ich das Gesicht sehr blass und mit

kaltem Schweiss bedeckt, Augäpfel eingesunken, Pupillen erweitert, aber von normaler Reaktion, Empfindlichkeit der Corneae und der Conjunctiva stark herabgesetzt. Accommodation, Refraction und Gleichgewicht der Augenmuskeln normal. Puls schwach, arterielle Spannung und Herzschlag vermindert, Athmung oberflächlich, verlangsamt. Kältegefühl durch den ganzen Körper. Logisches Denken war nicht möglich — es ging mir Alles wirr durch den Kopf herum — und vergebens bot ich alle meine Willenskraft auf, um gegen die überhand nehmende Schläfrigkeit anzukämpfen. Eine halbe Stunde nach der Einspritzung ging ich zu Bett, an Uebelkeit, Hemicranie und allgemeiner Mattigkeit leidend. Ich schlief sofort ein, und wachte aus einem achtstündigen Schlaf, bei vollem Wohlbefinden, auf.

Neuere dermatologische Behandlungsmethoden.

Von Dr. Ludwig Weiss, New York. *Mitglied der „Deutschen Poliklinik" (Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten.)*

Vortrag, gehalten in der Med.-Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend, am 7. September 1885.

(Schluss.)

An medicamentösen Einverleibungen sind zu nennen: 10—20 Proz. Salicylguttaperchapflastermulle, besonders wirksam bei Keratomen, bei Hyperkeratosen der Palmarflächen, diffusen Infiltraten nach Ekzemen, bei milderen Lupusformen. Chrysarobin — Guttaperchapflastermulle, bei Psoriasis inveterirtem Ekzem; der Pyrogallus — Guttaperchapflaster, bei lupösen Infiltraten, die Quecksilber-Guttaperchamull, bei breiten Condylomen, besonders der Analgegend, endlich die Zinkoxyd,—Theer,—Bleipflastersalbenmulle, etc. etc.

Es wurden im Vorhergehenden, bei Darlegung der verschiedenen Applicationsmethodend es öfteren Mittel erwähnt, die theils der jüngstvergangenen, theils der jüngsten Zeit angehören. Die eingehende Besprechung derselben gehört nicht in den Rahmen dieses Vortrages und es sei mir gestattet, nur die Wichtigsten etwas mehr als namentlich hervorzuheben.

Das Naphthol. Von Kaposi in die Dermatotherapie wiedereingeführt, nachdem es bereits von Emery und Veiel angewendet, von Hebra als nutzlos verworfen worden war. Das reinste N., wie es Apotheker Wolff in Philadelphia darstellt, ist ein farb- und geruchloser Körper, nicht ätzend und selbst bis zu 0.03 zweimal täglich genommen, unschädlich. Symptome: Magenbrennen, Hirnhyperamie, weisse Stühle. Aehnlich Günstiges berichtet Delhoque in einer Dissertation (Bonn 1883) mit Bearbeitung des Materials der Doutrelepont'schen Klinik. Die Reizerscheinungen bei cutaner Anwendung seien nicht häufiger als bei Jodoform und Carbolsäure. Die von Kaposi, bei dessen äusserlicher Anwendung beobachtete Haematurie, ebenso die schlechten Erfahrungen Anderer, scheinen daher auf die nicht beseitigten Verunreinigungen des Präparates zurückzuführen zu sein. Das N. wirkt als Antiparasiticum, vor Allem bei Scabies, als 10—30 Proz. Salbe, ohne oder mit 33⅓ Proz. *Sap. virid.*; bei Prurigo, als 5 proz. Salbe oder wässerige Alkohol-Lösung juckreizmildernd, bei Favus (auch als 5 proz. Naphtoloel), Herpes tons. und Ekzema

m a r g i n a t., endlich auch als fixirende Application in Collodium oder Traumaticin suspendirt, ebenso in Pastenform. Als Desinficiens und Desodorans in 1 proz. wässerige Lösung für Vaginalinjectionen, Gurgelwässer etc.

Das R e s o r c i n, in den letzten Jahren von Andeer besonders als Antisepticum, von Brieger und Lichtheim als Antipyreticum empfohlen, wird besonders bei erysipelatösen Hauterkrankungen, bei Infectionswunden, Furunculose und Carbunculose, beim phlegmonösen Erysipel und den acuten, infectiösen Hautkrankheiten angewendet. Es wirkt bei den Hautmykosen mit Sicherheit, ebenso als Ersatzmittel des Chysarobins—bei Idiosynkrasie gegen dasselbe—und der Pyrogallussäure bei Psoriasis. (S. Schmidt aus der Weber'schen Klinik in Halle.) Die Anwendungsweise geschieht am zweckmässigsten in Form einer Amylum-Vaseline Paste in der Stärke von 5—80 Prozent und Watteverband. Nach Andeer mildert es den Verlauf der acuten, contagiösen Exantheme, indem es in die Mitte des primären Hautinfectionsherdes eindringt, die Schuppen desinficirt und daher auch als Prohpylacticum (durch Resorcinirung auch Gesunder) in Betracht kommt. Die Vortheile des Resorcin dem Phenol gegenüber bilden seine geringere Diffusibilität und daher höher procentirte Anwendungsmöglichkeit, sein rasches Eindringen in die Lymphbahnen, und seine günstige Einwirkung auf die Epithelialgebilde der Haut.

Ich übergehe das Chrysarobin- und die Pyrogallussäure als wohlgekannte Präparate, deren Besprechung für überflüssig erachtend und möchte mir nur noch in Kürze einige Worte über die Salicylsäure erlauben. Dieselbe wurde zu dermatotherapeutischen Zwecken schon von Huettenbreuer bei Ekzem der Kinder (in Salbenform) empfohlen, oder als Streupulver bei einigen durch Hypersecretion entstandenen Zersetzungsprocessen. Die ausgedehntere Anwendung der Salicylsäure in der Hauttherapie ist erst jüngeren Datums, seit man zu der Erkenntniss gelangt, dass die Salicylsäure ein für die Regeneration der Epidermis spezifisches Mittel sei und als Ersatzmittel des Theers, besonders beim chronischen Ekzem excellente Resultate ergiebt. — Alle die sich von der überaus günstigen, raschen, und wie z. B. bei dem chronischen fissurirten Ekzemen der Hand besonders wirksamen Anwendung der Salicylsäure überzeugt haben, werden mit Unna übereinstimmen, dass „die Salicylsäure ein sicheres Mittel ist um die normale oder patholog. verdickte Hornschichte in beliebiger Ausdehnung als eine fest zusammenhängende, nicht abblätternde, weisslich verfärbte Membran schmerzlos abzuheben. Die Abhebung findet stets innerhalb der Hornschichte statt; niemals kann man eine nässende Oberfläche nach der Entfernung constatiren, wohl aber eine mit sehr dünner Hornschicht versehene zart rosafarbene etwas empfindliche Stelle." Die Anwendungsweise geschieht vorzugsweise in der Form einer Traumaticin Suspension 1 : 15—20; bei lokalisirten Ekzemen der Gelenkbeugen, der Stirne und des Nackens; als Pflastermulle wie erwähnt, besonders gegen Tylosis mit spec. Erfolge, indem sich die dicksten Hautschwarten schmerzlos abstiessen. Im chronischen Ekzem des Stammes mit Verdickung der Haut; in Acne, besonders der am Rücken jüngerer Individuen auftretenden indurirten Form wirkt die Salicylsäure mit Chrysarobin (Fox) 10 resp. 5 proc. in Traumaticin suspendirt gerade so schnell und günstig wie bei Psoriasis.

Es erübrigt mir noch in Kürze derjenigen i n t e r n e n Mittel zu gedenken, welche den neueren dermatotherapeutischen Arzneischatz bilden. Ich glaube nicht zu weit ausgeholt zu haben, wenn ich vorerst des von

O. Simon gegen Prurigo empfohlenen Pilocarpins gedenke, welches am besten subcutan zu 0,01—0,02 pro Dosis gegeben wird. Bei Kindern leistet das Extract. Fluid. Jaborandi oder der Syrup. Jaborandi zu $1\frac{1}{2}$, resp. 1 Theelöffel voll, bis zum reichlichen Schweissausbruche gegeben, dieselben Dienste. Obwohl kein Spezifikum, ist es durch seine schweisstreibende und in Folge davon Epidermis-macerirende Wirkung von Wichtigkeit. Die hierauf eintretende Geschmeidigkeit stempelt es zu einem angenehmen reinlichen Adjuvans anderweitiger antiprurigiuöser Heilmethoden.

Wenn auch kein streng genommen innerliches Mittel, so sei hier doch der von Sherwell[1] empfohlene Gebrauch der kalten Harnröhren-Stahlsonden bei Acne erwähnt. Er empfiehlt neben anderweitiger Behandlung als besonders wirksam die Einführung von dicken Stahlsonden in die Harnröhre. Es ist zweifelsohne ein glücklicher Gedanke gewesen, die Aetiologie dieses so überaus chronischen Leidens von den lokalen Ursachen ab- und den constitutionellen zugewendet zu haben. Uterin- und andere sexuelle Leiden, Störungen der Verdauung u. s. w. wurden als ursächliche Momente angeführt und hin und wieder berücksichtigt ; allein stets war nur die Hautlaesion der Angriffspunkt lokaltherapeutischer Maassnahmen. Die amerikanischen Autoren hatten den unter den gegebenen Umständen besonderen Muth, mit überzeugungsvollem Nachdruck auf die gleichwerthige Anerkennung constitutioneller Maassnahmen zu dringen.

Denn selbst die unmittelbarsten Nachfolger Altmeisters Hebra — den wir dankend und bewundernd als den Begründer der neueren Dermatologie verehren, und zu dessen mittelbaren Schülern sich alle jüngeren Dermatologen zählen — selbst Jene verliessen mehr oder weniger den von ihm vertretenen und kategorisch als Fundamental aufgestellten Satz von dem lokalen Ursprung der Hautkrankheiten. Der Standpunkt — wenigstens der amerikanischer Dermatologen — ist der des gegenseitigen Zusammenhanges zwischen Erkrankungen der Haut und den funktionellen Störungen des allgemeinen Systems. Die Aetiologie vieler Fälle von Acne, bei denen weder gastrische Störungen noch sexuelle Unregelmässigkeiten nachzuweisen sind, bliebe unaufgeklärt, wenn wir nicht annähmen, dass die wahrscheinlich passive Congestion irgend eines der Viscera, die Hautläsion verursachte, — reflectire. Die Sonde nun wird in manchen Fällen eine übersensitive Urethra oder auch nur eine solche Stelle daselbst, hervorgerufen durch eine lokale Congestion, entdecken. Durch continuirliche Compression und weiters durch den ausgeübten Reiz wird die Sonde tonisirend auf die Schleimhaut und heilend auf die, auf reflectorischem Wege entstandene Akne wirken. Von demselben Gesichtspunkte aus lässt sich der von Denslow 1881 empfohlene Gebrauch von *Ergotin*[2]) — besonders beim weiblichen Geschlechte erklären. Dasselbe wirkt hier vor Allem als Oxytoxicum und vielleicht auch auf die arrectores pili, die Capillaren und sonstigen nicht quergestreiften Muskelbündel in der Nachbarschaft der Hautdrüsen. In jüngster Zeit wurden übrigens mit der Sphacelinsäure dem activen Agens des Mutterkorns in 5—10proc. Salben günstige Resultate erzielt. Die anämisirende Wirkung bei uncomplizirter Rosacea ist eine besonders auffällige.

---

[1]) *Treatment of Acne and Acne rosacea ; Journal of Cutaneous and Venereal Diseases* No. 11, 1884, pg. 335.

[2]) *N. Y. Med. Journal*, Febr. 1881.

Bereits vor zwei Jahren machte Dr. Stoquart (Brüssel) auf die innerliche Verabreichung des Chrysarobin's bei Ekzem der Kinder aufmerksam.[3]) Besonders die Ekzeme und Intertrigines der Ohrmuschel und des äusseren Gehörganges wie sie am häufigsten bei skrophulösen Kindern auftreten, besserten sich rasch und heilten bald. Diese ausgezeichnete, beinahe specifische Wirkung übt das Chrysarobin auch bei andern Affectionen ekzematösen Charakters im Kindesalter. Die Dosis beträgt von 0·005 g. *pro die* bis zur 0·02 g. in Mixtur.

Die pharmakodynamische Wirkung des intern angewandten Chrysarobins ist wahrscheinlich eine Gefäss erregende, worauf das Abblassen der erkrankten Gewebe und die Secretionsverminderung schliessen lassen.

Es liessen sich noch eine erkleckliche Reihe innerlicher Mittel anführen, die von ihren Befürwortern gepriesen, von anderen verworfen und wieder aufgenommen wurden. (Bromarsenik $\frac{1}{100}$ bis $\frac{1}{150}$ gran pro dosi bei Acne vulg.; Magnesia Calcinata für die Entfernung von Warzen; Calc. Sulphurat. bei Furunculose; Phytolaca decandra bei Erkrankungen des Drüsenapparates, u. s. w., u. s. w.) Ihre Wirkung ist noch zu sehr in Frage gestellt, und die Berichte lassen noch vielfach den Maassstab des rein wissenschaftlichen Experimentes vermissen, weshalb von deren weiterer Erwähnung — als erst in einer späteren Zeit spruchreif — hier abgesehen wird.

Ein Fall von Distorsion des Larynx.

Vorgestellt in der Laryngologischen Section der New York Academy of Medicine von Dr. J. W. Gleitsmann.

Obwohl Lageveränderungen des Larynx nicht zu den seltenen Befunden gehören, dürfte doch der folgende Fall wegen der bedeutenden Seitwärtslagerung des Organs verbunden mit doppelter Axendrehung einer kurzen Erwähnung werth sein.

Patient, ein Seidenweber, geboren in der Schweiz, 52 Jahre alt, kam vor 14 Jahren nach New York. Vor mehreren Jahren wurden Nasenpolypen entfernt, sonst war er bis zu seiner jetzigen Krankheit völlig gesund. Seit einiger Zeit bemerkte er leichte Athembeschwerden, die sich bei schwerer Arbeit und bei Treppensteigen bedeutend steigerten. Zu gleicher Zeit begann eine Geschwulst sich an seinem Halse zu bilden.

In der Ruhe ist keine Dyspnoe vorhanden, doch ist bei genauer Beobachtung ein leichtes Hinderniss in der Respiration vorhanden. Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert, die Klappentöne rein, alle seine sonstigen Functionen normal. In der Mittellinie des Halses befindet sich ein harter fibröser Kropf, der sich nach der Seite und nach hinten, jedoch nur wenig nach vorn erstreckt. Derselbe verursacht nicht bloss eine Seitwärtslagerung des Larynx nach rechts, sondern auch eine Drehung desselben um seine verticale und horizontale Axe.

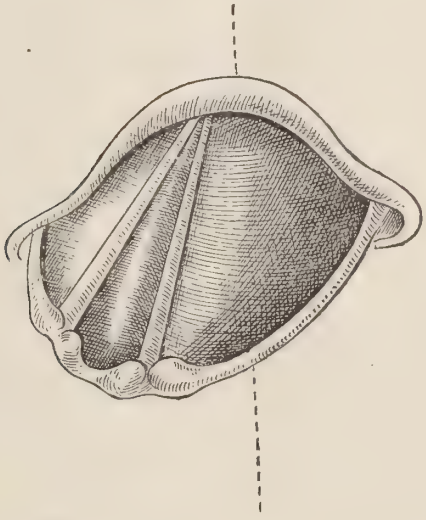
Der Larynx und der obere Theil der Trachea liegen vollständig an der rechten Seite des Halses. In Folge der verticalen Axendrehung liegt der vordere Theil des Larynx mit dem Wirbel der Schildknorpelplatten nach innen und vorn, der hintere und die Giesskannenknorpel nach aussen und hinten. Die horizontale Drehung bedingt eine Abweichung der Lage von der normalen verticalen Richtung, und zwar neigt sich der obere Theil der linken Schildknorpelplatte gegen die

[3]) *Journal de médecine de Bruxelles.* 1884.

Mittellinie des Halses, während der andere Theil des Larynx ungefähr 1 Zoll davon entfernt ist.

Diese verschiedenen Abweichungen von der normalen Richtung geben ein höchst interessantes laryngoscopisches Bild. Während anfänglich der Kehldeckel in der Mittellinie lag und auch später nur eine geringe Abweichung nach rechts zeigte, konnte bei ruhiger Athmung nur ein Theil der linken Kehlkopfwand und des linken falschen Stimmbandes gesehen werden. Bei forcirter Phonation jedoch war der ganze Larynx zu übersehen, und fiel die diagonale Lagerung der Stimmbänder zuerst in die Augen. Dieselben befanden sich vollständig auf der rechten Seite des Halses und liefen schräg von links vorn nach rechts hinten.

Mittellinie des Halses.



Sie näherten sich vollständig bei Tonangabe, und erklärt dies auch die verhältnissmässige Klarheit der Stimme des Patienten. Dabie macht der linke Giesskannenknorpel grössere Excursionen, um sich an den rechten zu lagern, da der untere Theil des Larynx, wie oben erwähnt, weiter nach aussen liegt, als der obere. Die Abweichung des Larynx von der verticalen Linie ist auch der Grund, dass die rechte Hälfte desselben, besonders das rechte Stimmband etwas höher gelegen ist, als das linke.

Patient, der zur Zeit arbeitslos war, entzog sich der Behandlung, sobald er Beschäftigung gefunden hatte, so dass über sein jetziges Befinden nicht berichtet werden kann.

Zur Behandlung des Abortus.

Vortrag, gehalten von Dr. Marcell Hartwig, Buffalo, vor der *Buffalo Obstetrical Society*, am 24. November 1885.

Meine Herren! Um mir die Arbeit zu erleichtern, erlauben Sie wohl, dass ich zweien der neuesten Essays über unseren Gegenstand etwas genauer folge: E. Schwarz, Halle, Volkmann's *Sammlung klini-Vorträge No.* 241 (mir nur in der Kritik des *Centralblatt für Gynäkologie, No.* 1, 1885, zugänglich) und Kleinwaechter's Artikel „Abortus" in Eulenberg's *Realencyclopaedie der gesammten Heilkunde.*

Wie diese Beiden theile ich den Gegenstand in Prophylaxis und Therapie: Kleinwaechter sagt in seinem Aufsatz, der ein Muster seiner Art ist:

„Die Prophylaxis der gesunden Frau besteht im Vermeiden aller Schädlichkeiten, die eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeizuführen geeignet sind."

Er führt diese auf; doch das ist nicht unsere Absicht.

„Die kranke Frau muss doppelt sorgfältig sein. . . . Bei fieberhaften Krankheiten muss man die Temperatur reduciren, doch haben wir selten Erfolg."

Nur zwei erfolgreiche Fälle sind mir in dieser Beziehung vorgekommen. Der eine: Typhlitis bei Zwillingsschwangerschaft endete bei Behandlung in der gewöhnlichen Weise mit Genesung. Zur rechten Zeit entband ich die Frau von lebenden Zwillingen. Der andere Fall erschien bei meinem ersten Besuche fast wie eine Peritonitis. Das Fieber war hoch, der Leib aufgetrieben, die Bewegungen des Foetus auffällig lebhaft. Ich machte eine subcutane Injection von $\frac{1}{3}$ gr. Morphium wegen den lebhaften Schmerzen (Wehen) und verordnete ein genügendes Quantum Antipyrin, um das Fieber zu reduciren. Bald war das Bild des Abdominaltyphus unverkennbar (Roseola, Milzschwellung &c.) während die Schmerzen bei Fortsetzung derselben Behandlung schwanden. Nach drei Wochen war die Frau gesund und die Schwangerschaft dauert bis heute fort. Recht interessant ist nun die Frage: Hat dieser Foetus den Typhus gehabt und ist er für sein ganzes künftiges Leben gegen denselben gefeit?

Kleinwaechter fährt wie folgt fort:

„Constitutionelle Krankheiten, insonderheit die Syphilis, bei der wir die besten Resultate erreichen, müssen wir in geeigneter Weise bekämpfen. Falsche Lagen des Uterus oder andere Erkrankungen dieses Organs müssen während vorhandener Schwangerschaft mit besonderer Rücksicht behandelt werden."

Aus meiner eigenen Praxis stehen mir nur wenige Fälle in dieser Beziehung zu Gebote. Ein Fall betraf *Retroflexio Uteri gravidi* im vierten Monat. Zwei Aerzte hatten erklärt, die Frau sei sieben Monate schwanger. *Ischuria paradoxa* und lebhafte Schmerzen waren vorhanden. In Knie-Ellbogenlage der Patientin gelang es mir den Uterus zu reponiren, nachdem ich die ausserordentlich gefüllte Blase mit einem Katheter entleert hatte, und die Frau, die sechs Wochen lang im Bette mit Morphium gefüttert worden war, war mit einem Schlage wohl und munter, während die Schwangerschaft fortdauerte. In einem anderen Falle der Art, im dritten Schwangerschaftsmonat, gelang es mir gleichfalls den Uterus zu reponiren, doch bin ich im Zweifel geblieben, ob die Schwangerschaft fortdauerte. In einem Falle von Retroflexion des nicht graviden Uterus wurde die Frau schwanger, nachdem ich den Uterus reponirt und mit einem Ring gestützt hatte. Nach dem fünften Monat entfernte ich den Ring und die Schwangerschaft erreichte ihr normales Ende.

Schwarz, l. c., spricht sich gegen Reposition aus, wofern der Uterus durch Adhäsionen fixirt ist, doch bezweifle ich ob solche oft zu erkennen sein werden.

Ein Fall von Anteflexion ist mir vorgekommen, der dadurch interessant ist, dass die Frau trotzdem sie einen graden Stift am Uterus trug, schwanger wurde. Ich extrahirte den Stift, dennoch abortirte die Frau. Fälle der Art sind in der Literatur nur vereinzelt zu finden. Mir sind nur zwei Berichte erinnerlich. Grössere Operationen sollen während der Schwangerschaft, wenn angänglich vermieden werden, denn sowohl der *Shock* als das Wundfieber können Abortus veranlassen. Vide: Matthews Duncan in den *Transactions of the Amer. Gynaecol. Society*, VII., 1883. Ich habe nur eine ausgeführt — eine Ovariotomie. Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen. Zwei Monate später fiel die Frau auf der Strasse; auch hatte sie durch Verlust eines Familienmitgliedes eine Aufregung zu leiden und nun abortirte sie.

Zähne habe ich ohne Schaden wiederholentlich gezogen; aber wenn mehrere auf einmal gezogen werden sollen, oder wenn die Frau sehr nervös ist, würde ich Narkose anrathen. Von weiteren Leiden des Uterus selbst habe ich noch einen Fall von Erosion mit Eversion der Muttermundslippen zu erwähnen, ein Zustand den Munde und Grandin für zum Abort prädisponirend erachten. Ich behandelte die Frau mit Applikation des Silbernitratstiftes an das *Os Uteri*, und sie abortirte. Ich kann nur den Stift für den Abort verantwortlich machen, denn die Frau trug später aus, ohne dass weitere Behandlung Platz gegriffen hätte. Nicht in jedem Falle folgt ein solches Resultat der Applikation des Höllensteins, zum Mindesten habe ich in einem Falle an zwei aufeinander folgenden Tagen eine 10-prozentige Lösung je 10 Minuten auf einen erodirten Muttermund einwirken lassen, ohne dass Abortus folgte; ja, nach Carl Braun in Wien ist dies das beste Verfahren, um das unstillbare Erbrechen der Schwangeren zu coupiren. Kleinwaechter fährt fort:

„Beim sogenannten habituellen Abortus empfiehlt Simpson 15 Gran Kali chloricum dreimal täglich, während Yenks das *Extr. Fl. Viburni prunifolii* ½ bis 1 Theelöffel dreimal täglich empfiehlt."

Kleinwaechter hält diese Fälle fast immer für Syphilis. Neuerdings sind Fälle nachgewiesen worden, die zweifellos durch Nierenleiden bedingt waren.

Ich halte dieses blinde Darreichen von Medicamenten für verwerflich und fand in einem Falle, bei dem ich die gelbe Linie Wegner's an den Epiphysen der Knochen des Fötus zu finden glaubte, nicht einmal den Muth zur antisyphilitischen Behandlung, weil alle sonstigen Beweise fehlten.

Jetzt zum Abortus, der nicht nur einzutreten droht, sondern schon begonnen hat.

Schwarz, l. c., erwartet, dass der Abort unaufhaltsam sein werde, wenn der Cervix einer Primipara verstrichen ist und das Ei auf dem äusseren Muttermunde aufruht, wenn bei einer Multipara der Finger das os internum passiren kann, wenn Stücke der Decidua entleert sind, wenn der Ausfluss putride ist, wenn eine entschiedene Blutung angedauert hat oder wenn der Tod des Fötus constatirt werden kann. Ich muss ihm in einem Punkte widersprechen. Die Blutung kann einige Tage reichlich angedauert haben und doch gelingt es hie und da dem Abort Einhalt zu thun. Ich erinnere mich zweier Fälle aus meiner eigenen

Praxis, beide im fünften Monat der Schwangerschaft. Das Bluten war im zweiten Falle besonders lebhaft und erstreckte sich mit Unterbrechungen über mehrere Wochen. Die angewandten Mittel bestanden im Wesentlichen in Bettruhe, dreimal täglich 15 Tropfen *Extr. Fl. Ergoti* nebst kleinen Gaben von Morphium. Zur entsprechenden Zeit entband ich die Frau von einem gesunden Mädchen. Die Placenta zeigte einen rostigen Fleck am Rande, das Ueberbleibsel der früheren Haemorrhagie, resp. den Ort wo sich der Rand fünf Monate früher abgelöst hatte. KLEINWAECHTER scheint diese Ansicht nicht zu theilen. Er sagt:

„Sobald sich Vorboten zeigen, bringe man die Schwangere zu Bett. Innerliche Medication ist überflüssig, öftere kurze kalte Irrigationen der Vagina mögen die Blutung stillen. Die Wehen können verschwinden, das eröffnete Os sich schliessen. Wenn der Erfolg gesichert scheint, soll die Frau noch einige Tage im Bette gehalten werden."

Diese Abweisung medicamentöser Mittel ist denn doch zu schroff. Mag sein, dass solche oft unnöthig waren; aber aus theoretischen Gründen und der geringen praktischen Erfahrung gemäss, die mir zu Gebote steht, würde ich auf kleine Gaben Morphium und noch kleinere von Ergotin den grössten Werth legen, obgleich ich auch gegen *Extr. Fl. Viburni prunifolii* nichts einzuwenden hätte. Betreffs des Nutzens von Morphium siehe ISHAM: *Treatment of threatened Abortion by hypodermic Injections of Morphia. Amer. Journal of the Med. Sciences*, Jan. 1873, pag. 109. (Drei erfolgreiche Fälle.)

Was die Behandlung anbelangt, sobald die Ueberzeugung Platz gegriffen, dass der Abort nicht mehr aufzuhalten ist, stimme ich KLEINWAECHTER im Wesentlichen zu, und so lassen Sie uns ihm wieder folgen. Er sagt:

„Ist der Blutverlust klein und das Allgemeinbefinden befriedigend, sollten wir uns mit desinficirenden Einspritzungen in die Vagina zufrieden geben. Ist das Ovum bereits im Mutterhals und das Os einigermassen erweitert, so können wir zuweilen durch bimanuelle Expression (HOENIG's Verfahren) den Uterus entleeren; doch enthalte man sich aller Gewaltsamkeit, sonst könnte das Ovum reissen, der Foetus entschlüpfen und wir würden viel ungünstigere Verhältnisse zurückbehalten."

So oft als ich selbst HOENIG's Verfahren auch anwandte, so gelang es mir doch nur einmal (und zwar im alten Vaterlande); aber der Erfolg war da auch sehr befriedigend: Völlige Beendigung aller Schwierigkeiten. Es scheint, dass alle Verbindungen zwischen dem Uterus und den Eihüllen schon gut gelockert sein müssen, wenn ein Erfolg erzielt werden soll. Wenn nichts weiter gethan werden kann, empfiehlt KLEINWAECHTER subcutane Injectionen von Ergotin: 1 Th. auf 5 Th. Wasser. Dem stimme ich nicht zu. Wenn Ergotin gebraucht werden soll, gebe man es per os und spare der Frau den Schmerz oder gar einen Abscess, ausserdem glaube ich, dass das Secale einen Abort viel eher verhindert als befördert, und habe hierzu die kleinen Dosen bereits empfohlen. Das Ergotin kann höchstens nach der Entleerung des Uterus noch einen Zweck haben. J. SPAETH mit seiner grossen Erfahrung leugnet, dass das Secale den Abort herbeiführe. (*Compendium der Geburtskunde*, pag. 299.)

Ich weiss von einem Falle, wo eine Frau Wochen lang täglich ½ Unze *Extr. fl. Ergoti* verbrauchte, um Abort herbeizuführen und sich völlig getäuscht sah.

Sobald die Blutung profus wird, sollte das expectative Verhalten energischen Massnahmen Platz machen. Hierin herrscht ziemlich allgemeine Uebereinstimmung, obgleich Aborte vor der 28. Woche so gut

wie nie zu tödtlichen Blutungen geführt haben, wogegen chronische Anämie und protrahirte Schwäche häufig als Folge auftraten.

Welcher Art diese Massnahmen sein sollen, darüber allein herrschen Differenzen. Je nach den Nebenumständen wird das Verhalten verschieden sein. In der Hauptsache kommt in Betracht, ob das Ovum ganz ist oder gesprengt, ob der Uterusinhalt putrid ist oder nicht und im letzteren Falle ob der Organismus der Frau dadurch in Mitleidenschaft gezogen ist oder nicht.

Offenbar denkt KLEINWAECHTER an das erstgenannte Verhältniss (Eisack ganz, keine Putrescenz), wenn er den Tampon empfiehlt, um die Blutung zu stillen; und ich stimme dem zu.

Er verwirft den Colpeurynter. Ich habe ihn nie gebraucht. Er empfiehlt zur Tamponade entfettete Watte in 5% Carbolöl getaucht, mässig fest in und um das Os gepackt. Ich würde Carbolglycerin von derselben Stärke empfehlen, denn ölige Carbollösungen desinfiziren schlecht.*) Oft finden wir nun nach 6 bis 8 Stunden das ganze Ovum hinter dem Tampon liegen. Jetzt sollte man die Vagina mit einer 2½%igen Carbollösung ausspritzen, ist K.'s Empfehlung, und dasselbe thun, wenn das Ovum nicht ausgeschlüpft ist. Wiederholtes Tamponiren verwirft KLEINWAECHTER, während SCHWARZ drei Wiederholungen und beim Wechsel antiseptische Einspritzungen (105° warm oder sehr kalt) in den Uterus für zulässig hält.

Ich würde SCHWARZ weder mit der wiederholten Tamponade (es sei denn, äussere Umstände würden Anderes nicht zulassen) noch mit den Intrauterininjectionen folgen. Denn letztere haben bei ihrer Anwendung zur Herbeiführung künstlicher Frühgeburt schon wiederholt den Tod herbeigeführt und erstere bringen die Gefahr des Kindbettfiebers mit sich. Die Methode COHEN's ist bereits mit Recht der Vergessenheit anheimgefallen und sollte auch für diesen Zweck nicht wieder in Aufnahme kommen. Ob KLEINWAECHTER's Verfahren nach dem Tamponiren nur die Vagina auszuspritzen, zureichend ist, um Puerperalfieber zu verhüten, ist meines Erachtens zweifelhaft. Ich würde es nicht versäumen *nach* der Entleerung des Uterus diesen selbst auszuspritzen. Hier ist das Ausspritzen harmlos, da das Os offen ist. Sollte es bereits contrahirt sein, so muss man jede Vorsicht beachten, sich des Rückflusses des Desinficiens zu versichern.

Einmal habe ich die Vernachlässigung dieser Vorsicht, resp. die Unmöglichkeit solche zu gebrauchen schwer bezahlen müssen. Eben hatte ich das Ovum hinter dem Tampon gefunden, dasselbe aufgeschnitten und mich überzeugt, dass es nur Amnionflüssigkeit und ein Stückchen Nabelstrang enthielt, während der Fötus resorbirt worden war. Ich war gerade im Begriff, an die Auswaschung des Uterus zu gehen, da wurde ich eiligst zu einem dringenden Falle abberufen. Ich gab mich im Hinblick auf den antiseptischen Character meines Tampons und im Hinblick auf die Sauberkeit meines ganzen Verfahrens, sowie auch in Anbetracht des nicht putriden Characters des ausgetretenen Ovum, der Hoffnung hin, eine glatte Reconvalescenz zu sehen — trotzdem ich meine gewöhnliche Vorsicht den Uterus nach rechtzeitigen wie unzeitigen Entbindungen auszuspülen, sobald nennenswerthes Manipuliren bei der Entbindung Statt hatte, vernachlässigen musste.

*) Es ist sehr zu bedauern, dass auf dem amerikanischen Markte keine desinficirenden Watten von bestimmten procentischen Verhältnissen existiren. Dasselbe gilt von den Pressschwämmen. Bei der hiesigen Salicylwatte lässt sich die Säure kaum herausschmecken und 5% sollte sie wenigstens enthalten.

Der Verlauf strafte meine Voraussetzung Lügen. Am dritten Tage trat Frösteln, Fieber und Schmerz, alsbald auch Schwellung in einem Parametrium auf, kurz: eine Parametritis. Chinin und 4-prozentige Carbolwaschungen des Uterus führten den Fall zur Heilung, doch vergingen 14 Tage darüber. Die Parametritis endete in Resorption und das Resultat war doch noch vollkommen genug; so weit so, dass ich später Gelegenheit fand, die Frau von einem ausgetragenen Kinde zu entbinden.

Das zweite und in der Praxis wohl häufigste Verhalten, das wir in der Praxis bei der ersten Visite vorzufinden pflegen, ist Retention der Nachgeburt und Eihaut nach Ausschlüpfen des Fötus ohne Putrescenz bei reichlich fortdauernder Blutung. In früheren Zeiten war expectatives Verhalten die Regel, obgleich schon Osiander an mehr actives Einschreiten dachte. Erst seit die Pressschwämme in Gebrauch kamen, wurde ein Anfang damit gemacht, den Uterus absichtlich zu entleeren, zuerst von Martin, dann von James Y. Simpson. Die Resultate waren nicht dankenswerth genug, weil Finger und Placentarzange für den Zweck nicht ganz geeignet sind, während die Pressschwämme öfter Sepsis veranlassten. Eine neue Aera scheint von Boeters eingeleitet worden zu sein, (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1877, pag. 352), der zehn erfolgreiche Fälle publicirte, die er mit Auskratzen der Nachgeburt mit Simon'schen Löffeln und folgendem Cauterisiren resp. Desinficiren der Uterinhöhle behandelt hatte, ohne das Os vorher zu dilatiren. Boeters hat das Verfahren in der ausgesprochenen Absicht angewandt, putride Veränderungen in den verhaltenen Nachgeburtsresten zu verhindern. Er ward rasch von einer Anzahl Nachfolgern unterstützt und fand nur wenige Gegner. Heute kann sein Vorgehen, obgleich erst so kurze Zeit verflossen, als fest begründet angesehen werden, und die Zahl der Fälle, bei denen es mit Erfolg verwandt wurde, ist bereits sehr bedeutend.

(Schluss folgt.)

Ueber das Contagium der Syphilis.

Von I. Disse und K. Taguchi.

Die wesentlichen Ergebnisse einer in der Hauptsache abgeschlossenen Untersuchungsreihe über den Träger der syphilitischen Ansteckung legen wir hiemit den Fachgenossen vor. Eine ausführliche, mit Abbildungen ausgestattete Darstellung werden wir in den Abhandlungen des Tokio-Daigaku veröffentlichen.

1. Im Blut syphilitischer Individuen finden sich Sporen, die durch Färbung von Blutproben, dem Lebenden mit der nöthigen Vorsicht entnommen, am Deckglass angetrocknet, einige Zeit in absolutem Alkohol aufbewahrt, sichtbar gemacht werden können. Am meisten empfiehlt sich die Anwendung der Färbungsmethode von Gram (*Fortschr. d. Med.*, Bd. 2, S. 185).

2. Im Secret breiter Condylome, sowie primärer Indurationen sind ganz gleiche Sporen, sowie kurze Bacillen zahlreich vorhanden, und durch dieselben Mittel nachweisbar, wie die Sporen im Blut.

3. Im Blut syphilitischer Individuen, die wegen secundärer Symptome in Behandlung waren, fanden sich neben Sporen auch Bacillen vor, zum Theil in Leucocyten.

4. Bringt man kleine Mengen frischen Blutes, einem syphilitischen Individuum unter den nöthigen Vorsichtsmassregeln entzogen, in steri-

lisirte Reagenzgläser mit festem Nährboden (Nährgelatine, Fleischwasser-Pepton-Agar-Agar, Blutserum), so entwickelt sich binnen weniger Tage bei Temperaturen zwischen 18° und 40° C. eine Reincultur besonderer Bacillen, die lebhaft Sporen bilden.

5. In neutralisirter Fleischbrühe beobachtet, zeigen diese Bacillen eine bei 32° C. ausserordentlich lebhafte, bei 16° C. langsame Eigenbewegung ; es wird dabei eine Hülle sichtbar, die man an gefärbten Präparaten aus Nährgelatine oder Blutserumcultur nicht so leicht wahrnimmt. Bei den Bewegungen krümmen sich die Bacillen, und die sporenhaltigen nehmen sich dann oft wie ein Haufen von Mikrokokken aus. Im hängenden Tropfen von Fleischbrühe bleiben bei hiesiger Sommertemperatur (gegen 30° C. während des Juli und des August) die Bacillen 5 Tage und länger lebend und beweglich.

6. Aus dem Blut von Leichen, bei denen Zeichen von Syphilis sich finden, erhält man dieselben Culturen, wie aus dem Blut lebender syphilitischer Individuen. Uns ergab noch eine 27 Stunden nach dem Tode aus einer Hirnvene genommene Blutprobe eine Reincultur.

7. Blutserum wird durch eine Cultur aus Syphilis-Blut nicht verflüssigt. Die Cultur bildet einen weisslichen, dem Impfstich folgenden Faden, breitet sich aber rasch über die freie Oberfläche des Nährbodens in Form eines weisslichen Ueberzuges aus. Culturen auf Nährgelatine oder auf Fleischwasser-Pepton-Agar-Agar werden nach wenigen Tagen im Bereich des Impfstichs von der Oberfläche aus vorschreitend, flüssig.

8. Im Zimmer aufbewahrt, entwickeln sich während der Sommer-Monate in Japan die Culturen ebenso rasch als im Brütofen.

9. Eine Cultur auf Blutserum wurde nach 4 Monaten noch vollständig lebend gefunden.

10. Durch Impfung mit derartigen Reinculturen kann man Säugethiere (Kaninchen, weisse Mäuse, Hunde, Schaafe) infiziren.

11. An der Impfstelle entsteht eine leichte Verhärtung ; die Impfstelle entzündet sich nicht. In einem Falle (Kaninchen) wurde die Verhärtung bohnengross ; sie bestand vom 8ten bis zum 16ten Tage nach der Impfung, und ging dann langsam zurück. Im Blut sämmtlicher geimpften Thiere fanden sich Sporen und Bacillen, in Sporenbildung begriffen ; sie glichen in allen Stücken denen der Impfcultur. Die Anzahl dieser Spaltpilze wächst proportional der Zeit, die seit der Impfung verstrichen ist. Anfangs sind Sporen und Bacillen frei, später findet man sie auch in den weissen und rothen Blutkörperchen.

12. Aus dem Blute der geimpften Thiere lassen sich Reinculturen herstellen, die den aus dem Blut syphilitischer Menschen gewonnenen in allen Stücken gleichen.

13. Impfung mit Cultur aus dem Blut geimpfter Thiere hat denselben Erfolg, als Impfung mit Cultur aus Menschenblut.

14. Bei einem 2 Monate nach der Impfung mit Cultur aus Menschenblut getödteten Kaninchen, das trächtig war, enthielt das Blut der fast ausgetragenen Jungen dieselben Bacillen und Sporen, wie das Blut der Mutter, und zwar in grosser Menge. Ein Theil der Bacillen war in Leucocyten eingeschlossen.

15. In der Schleimhaut des Uterus genannten Kaninchens fand sich ein grosser (30 mm. lang, 20 mm. breit) viele kleinere, weissliche, prominirende Knoten von rundlicher Form, die sich bei mikroskopischer Untersuchung hauptsächlich als verkäste Massen erwiesen, in denen viele mehr oder weniger necrotische Zellen noch zu sehen waren. Durch diese Massen war die Mucosa und ihre Drüsenschichte gänzlich zer-

stört ; nur einzelne Blutgefässe liessen sich in dem Detritus noch erkennen. An einer Placenta fand sich ein 12 zu 9 mm. messender, 5 mm. dicker weissgelber Knoten, vom Chorion ausgehend, an der dem Fötus zugewandten Seite der Placenta ansitzend. Die käsigen Massen, aus denen er bestand, schlossen hie und da Gruppen von Zellen ein, die Decidualzellen glichen. Alle Placenten waren diffus erkrankt.

16. In den Lebern des erwähnten und eines andern, ebenfalls nach 2 Monaten getödteten Kaninchens fanden sich mehrere Gummata, bis erbsengross. In einem Bronchus ein von der Schleimhaut ausgehender, käsiger Knoten, keine Tuberculose.

17. In den Gummata der Leber, sowie den verkästen Knoten der Uterusschleimhaut und der Placenta fanden sich wenige Bacillen und Sporen vor, denen Blutes gleich. Sie waren schon durch Färbung der Schnitte nach der GRAM'schen Methode nachweisbar.

18. Ausser einer geringen Abmagerung war an den geimpften Thieren nichts krankhaftes zu bemerken. Die Mehrzahl derselben, Hunde, Schaafe, mehrere Kaninchen, befinden sich noch in Beobachtung. Gestern starb ein am 2. Juni geimpftes Kaninchen ; die Section ergab Syphilis des Magens, der Lunge, des Schädeldachs.

Die Untersuchungen wurden im März 1885 begonnen ; als die ersten Culturen und Impfungen gemacht waren, kam uns ein Bericht über die Angaben von LUSTGARTEN zu (*Lancet*, 4. April 1885). Da zur Zeit uns die mit Abbildungen ausgestattete grössere Arbeit dieses Forschers noch nicht zugegangen ist, können wir nicht entscheiden, wie sich die von uns gezüchteten Bacillen zu denen verhalten, die LUSTGARTEN in den Producten der Syphilis beim Menschen fand. Die ausführliche Darstellung hoffen wir binnen Kurzem liefern zu können.

TOKIO, den 12ten October 1885.

Nach einem von dem Gesundheitsrathe des Staates Illinois*) herausgegebenen Berichte hat die Anzahl der medizinischen *Colleges*, der Studenten und der Promovirten seit letztem Jahre nicht zu-, sondern abgenommen, nämlich:

	Studenten.	Promotionen.	Colleges.
In den Jahren 1883–'84.....	12,762	4,101	128
„ „ „ 1884–'85.....	12,002	3,831	128

Dabei ist als sehr erfreulich zu bemerken, dass die Abnahme hauptsächlich die sogen. eklectischen und die sogen. homöopathischen Schulen betroffen hat.

Diese Abnahme vertheilt sich jedoch durchaus nicht gleichmässig, da die in den grossen Städten befindlichen *Colleges* einen viel grösseren Rückgang in der Frequenz zeigen, als die in kleineren Orten. So ist z. B. für New York der Unterschied folgender: Es studirten hier

In den Jahren 1880–'81.....	2,209
„ „ „ 1884–'85.....	1,826

Dies ergiebt eine Abnahme in 4 Jahren von beinahe 400 Studirenden.

---

*) *Medical Education and Medical Colleges in the United States and Canada*, 1785—1885.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Deckel liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Die projectirte Gelb-Fieber-Commission.

Eine von Senator Eustis (Louisiana) im Congress eingebrachte Gesetzesvorlage bestimmt die Einsetzung einer Commission, welche die von Dr. Freire (Rio de Janeiro) und Dr. Carmona y Valle (Mexico) veröffentlichten Untersuchungen über diese Seuche an Ort und Stelle prüfen sollen. Es handelt sich dabei um die von jenen Männern veröffentlichte Entdeckung eines specifischen Organismus, sowie seiner Reincultur und Anwendung der letzteren zu Schutzimpfungen.

Die Commission, welche von Dr. Joseph Holt, dem Präsidenten des Staats-Gesundheitsrathes von Louisiana, sehr befürwortet wird, soll aus einem tüchtigen Mikroskopiker und Biologen modernster Technik und zwei klinisch tüchtigen und erfahrenen Aerzten bestehen. Gehalt je $5000 ; anderweitige Kosten bis zu $30,000 zu sanktioniren.

Der Ausführung dieses Projektes widersetzt sich das *New Orleans Medical and Surgical Journal* in seiner Februar-Nummer in einem geharnischten Leitartikel (Seite 629). Dieses vorzüglich redigirte Fachblatt bringt in der Januar-Nummer eine Besprechung der Entdeckungen Freire's und in der Februar-Nummer eine solche derjenigen Carmona's, in denen dieselben als wissenschaftlich völlig werthlos nachgewiesen werden. Die Redaktion erklärt es dessbalb als vollständig unnütz, auch nur einen einzigen Cent für die Prüfung dieser Untersuchungen zu bewilligen.

Nun soll allerdings die in der Gesetzesvorlage in Aussicht genommene Commission auch ermächtigt sein, falls sie die von dem brasilianischen und dem mexikanischen Arzte gefundenen Ergebnisse für ungenügend erklärt, eigene Untersuchungen in moderner, streng-wissenschaftlicher Weise an Ort und Stelle vorzunehmen. Doch glaubt unsere Collegin in New Orleans, und wohl mit Recht, dass diese Untersuchungen viel besser von einem tüchtigen Bacteriologen allein durchgeführt werden können, als von einer Commission. Desshalb wird nun vorgeschlagen, lieber einen mit der modernen Technik anerkann-

termaassen durch und durch vertrauten Regierungsbeamten damit zu betrauen, und zwar wird in dieser Hinsicht Dr. George Sternberg genannt, der sich auf diesem Gebiete bereits einen vorzüglichen Ruf erworben.

Auch die Behauptung, dass das Urtheil einer Commission von Seiten des Volkes der Vereinigten Staaten mit grösserem Vertrauen angenommen werden würde, als dasjenige eines Einzelnen, wird als nicht stichhaltig zurückgewiesen. Zum Belege wird die Untersuchung der Ferran'schen Experimente durch Brouardel angeführt und die gegenwärtig von Dr. Shakespeare (Philadelphia) in Spanien im Auftrage der Ver. Staaten-Regierung unternommenen Untersuchungen der Cholera-Epidemie in Spanien.

Es ist gewiss wünschenswerth, diese biologisch so sehr interessanten Untersuchungen auch in Bezug auf das gelbe Fieber durchgeführt zu sehen, und es gebührt gewiss der fortgeschrittensten Cultur-Nation des westlichen Continentes in solchen Untersuchungen voranzugehen, selbst wenn die Resultate für praktische Zwecke ohne irgend welche Vortheile sein sollten. Aber die Auffindung specifischer Organismen als Träger des Contagiums der verschiedenen ansteckenden Krankheiten wird am besten der Arbeit derjenigen Forscher überlassen, welche sich dazu berufen fühlen. Kritik und endgültiges Urtheil über die Resultate zu fällen, ist ja trotzdem der gesammten medizinischen Welt überlassen und wird in der üblichen Weise durch Controlversuche, die Einer dem Andern genau nachprüft, besser und sicherer erreicht, als durch die Einsetzung von Commissionen.

„*Aerzte sind meist keine guten Geschäftsleute,*" sagte ein tüchtiger, junger Kaufmann der unteren Stadt in einem Gespräche über den Fall der beiden Doctoren Purdy. Diese beiden Herren wurden kürzlich von einer Frau wegen grundloser Ueberschickung in das Pockenhospital verklagt und zu $500 Schadenersatz verurtheilt; dabei war, wegen der angeblichen Mittellosigkeit der Patientin, dieselbe von ihnen *dei gratia* behandelt worden. „Es würde diesen Herren wenige Dollars Kosten verursacht haben, wenn sie eine Rechnung eingeklagt und ein Zahlungsurtheil (*judgment*) erhalten hätten," fuhr er fort, „und es würde danach sich kein Advokat gefunden haben, die Schadenersatzklage zu führen. Es sollte dies jeder Arzt thun, sobald er von einer solchen Absicht eines Patienten, der ihn nicht bezahlt hat, Kenntniss erhält." *Sapienti sat!*

Gegen das Urtheil, durch welches die beiden Doctoren Purdy $500 Entschädigung zu zahlen angehalten sind, soll appellirt werden und ein Committee der *N. Y. Med. County Society* ersucht um Subscriptionen da der Fall von weittragendem Interesse ist. Der Richter, vor welchem

die Klage verhandelt wurde (Ingraham), sprach nämlich in seiner Instructionsrede an die Geschworenen die Ansicht aus, dass die beiden Aerzte die erste Veranlassung gewesen seien, dass die betr. Klägerin nach dem Pockenhospitale gebracht wurde, obgleich der Befehl dazu von einem Sanitätsbeamten, Dr. Lockwood, gegeben wurde, welcher den Fall ebenfalls für Blattern hielt.

Das wäre ein gefährlicher Präcedenzfall und sollte unbedingt im Interesse aller Aerzte ein Versuch gemacht werden, denselben durch das Appellationsgericht umstossen zu lassen.

Die an anderer Stelle abgedruckte Arbeit von Disse und Taguchi „Ueber das Contagium der Syphilis" ist uns in Broschürenform „als Manuscript gedruckt" von Dr. Disse zugesandt worden. Nun ist diese Arbeit zwar bereits in No. 48 der „*Deutschen Medicinischen Wochenschrift*" publicirt worden, jedoch sind die Untersuchungen, welche gleichzeitig mit, aber natürlich ganz unabhängig von denen Lustgarten's gemacht wurden, interessant genug, um einen Abdruck der Arbeit zu rechtfertigen. Ein weiterer Grund erhellt aus folgenden Zeilen, welche wir einem Schreiben Dr. Disse's an die Redaktion entnehmen:

..... In nächster Zeit folgt eine zweite Mittheilung über denselben Gegenstand, der die Morphologie der Bacillen behandelt, mit einer Tafel. Das M. S. der grösseren Abhandlung ist zur Hälfte fertig, die Abbildungen fast ganz. Mich nimmt diese Arbeit sehr in Anspruch, da ich aus den geimpften Thieren (7 Kaninchen, 5 Hunden und 2 Schafen) sehr bedeutendes Material habe. Die pathologische Seite meiner ersten Mittheilung ist sehr unvollständig; es finden sich hochgradige Veränderungen der Nieren; gummöse Myocarditis; syphilitische Erkrankungen der Arterien-Intima; multiple Embolie der Lungenarterien in ihren feinsten Zweigen, von losgerissenen Thromben der grösseren Aeste herstammend, u. s. w.

Hereditär sind Kaninchen und Hunde inficirt (8, resp. 3 Junge)....

Ein Referat über die hereditäre Impf-Lues werde ich Ihnen schicken, so wie meine Untersuchungen abgeschlossen sind.

Die zweite Arbeit, von welcher unser geehrter Correspondent spricht, wird in demselben Organe veröffentlicht (D. M. W.) und wird seiner Zeit auch von uns gebracht werden. Die dritte Untersuchungsreihe jedoch wird uns direct zugehen, und dies ist der Grund, warum wir die beiden ersten wörtlich reproduciren zu müssen glaubten.

Unsere werthe Collegin, die "*Philadelphia Medical Times*," hält uns für das spezielle Organ der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York.*

Dies ist ein Irrthum; die New Yorker Medizinische Presse ist nicht das spezielle Organ dieser oder jener, sondern aller deutschen medizinischen Gesellschaften in Amerika, über deren Verhandlungen der Re-

daktion Berichte zugehen. Dieselben brauchen durchaus nicht nothwendiger Weise die offiziellen Protokolle zu sein, was z. B. gerade für die *Med.-Chir. Ges. d. A. von N. Y.* gilt. Für ein Journal, welches das Organ der deutsch-amerikanischen Aerzte ist, versteht sich das eigentlich von selbst.

REFERATE.

Pathologie, Therapie und medizinische Klinik.

Ueber den erfolgreichen Gebrauch des Jaborandi in akuter und chronischer Nephritis sprach Dr. F. H. O'Brien (Atlanta, Ga.), an der medizinischen Gesellschaft des Staates Georgia am 15. April 1885. Er berichtet 4 Fälle, in denen er im Stande war, mehrere Wochen lang Jaborandi nehmen zu lassen, ohne jedweden Nachtheil. Er kombinirt das Mittel nämlich mit *nux vomica* und *digitalis*, und wenn auch im Allgemeinen der Zustand der Patienten nach 4—5 Wochen ein sehr schwacher war, so war doch die Haut feucht, die Aktion der Nieren befriedigend, alle Oedeme verschwunden, und der Appetit zum Wenigsten vorhanden. Sobald das Eiweiss im Urin ganz oder wenigstens beinahe ganz verschwunden war, pflegte er Tonica (Chinin und Eisen) zu geben. Er hat oft bemerkt, dass unter dem fortgesetzten Gebrauche von Jaborandi das specifische Gewicht des Urins sich gleich blieb oder gar stieg mit der Zunahme in der Quantität desselben; und ferner, dass Cylinder zu Anfang der Behandlung sehr zahlreich waren, während sie gegen Ende bedeutend abnahmen. Trat endlich eine entschiedene Besserung ein, so wurde die Urinmenge zwar geringer, das spezifische Gewicht aber war und blieb normal. Es ist Dr. O'Brien's Ansicht, dass Jaborandi in der Weise auf die Nieren einwirkt, dass es die Harnkanälchen von epithelialen und fibrinösen Zerfallsprodukten reinigt und dadurch die inflammatorische Stauung mit beheben hilft. Gerade in Hinblick auf diese Wirkung des Mittels, behauptet er, dass die Bright'sche Krankheit heilbar sei, so gut wir jede andere Krankheit heilbar nennen, welche auf organischen Aenderungen beruht, die eine völlige *restitutio ad integrum* nicht ermöglichen.

The Atlanta Med. & Surg. Journal, Feb. 1886.

Das infectiöse Agens des Dengue-Fiebers glaubt Dr. J. W. McLaughlin (Austin) entdeckt zu haben. Dieser, ein tüchtiger Mikroskopiker, Präsident der *Texas State Microscopical Society*, theilt in einem an Prof. Payne von der *Tulane University* (New Orleans) gerichteten Schreiben Folgendes mit:

„Er hat stets das unter den nöthigen Cautelen aus einer Armvene des lebenden Menschen entnommene Blut zu seinen Untersuchungen verwendet. Auch gegen die zufällige Verunreinigung seiner Culturen wandte er die üblichen Vorsichtsmassregeln an."

Aehnlich wie die von Marchiafava and Celli*) entdeckten Haemoplasmodien der Malaria findet er das Sphaerobacterium des Dengue im Innern der rothen Blutkörperchen! McL. punktirt mit einer sterilisirten Nadel und breitet den gewonnenen Tropfen Blutes auf einem sterilisirten Deckgläschen aus, welches

*) S. No. 3 der New Yorker Medizinischen Presse; S. 134.

man in einer Spiritusflamme trocknet. Dann giebt man einen Tropfen gewöhnliche Schwefelsäure darauf, und spült dieselbe nach einigen Minuten weg. Hierauf giebt man folgende Lösung auf:

1 Th. Jodkali,
2 „ Jod, and
300 „ Wasser.

Nach abermaligem Trocknen kann das Präparat mit Canada-Balsam fixirt werden. Eine beigelegte Mikrophotographie von Dr. R. Menger (San Antonio), zeigt die gefärbten Sphärobacterien einzeln und in Gruppen im Innern der Blutkörperchen.

Dr. McLaughlin erklärt ferner, dass er Rein-Culturen von mehreren Generationen gezüchtet und die Entwicklung derselben auf einem Holman'schen Object-Träger für Untersuchungen lebender Organismen beobachtet habe.

New Orleans Med. & Surg. Journal, (Febr. 1866; p. 632).

Ueber die Art der Fettaufsaugung im Dünndarme hat auf Prof. Munk's Wunsch Prosector Preusse an der K. Thierarzneischule Untersuchungen angestellt.

Er beschränkte sich zunächst auf den Dünndarm (Duodenum und Jejunum) des Pferdes. Bezüglich der verschiedenen Behandlungsweisen, welchen die betreffenden Darmstücke vor der Untersuchung ausgesetzt wurden, verweisen wir auf das Original und beschränken uns darauf, das Resultat der sehr interessanten Arbeit in folgende Sätze zusammenzufassen:

Die lymphoïden Zellen der Darm-Schleimhaut sind es ausschliesslich, welche vermittelst ihrer Fähigkeit, Fortsätze auszusenden und fremde Körper in sich aufzunehmen, (Voracitäts-Vermögen), activ die Resorption des Fettes zu besorgen haben und zwar so lange, als dem Thier-Körper nur solche Mengen Fettes zugeführt werden, wie sie in der gewöhnlichen Nahrung enthalten sind. Anders indess gestaltete sich das Verhältniss, sobald aussergewöhnliche Mengen Fett in den Darm gelangen, in welchem Falle auch die Epithel-Zellen Antheil an der Aufnahme desselben nehmen. Werden schliesslich übermässig grosse Fettmengen zugeführt, so findet eine vollständige Füllung der Epithelien und interepithelialen Räume statt und in dem Schleimhautgewebe sind dann zerstreut umherliegende grössere und kleinere Fettkügelchen in grosser Anzahl vorhanden. Der Antheil der lymphoïden Zellen an der Fettaufsaugung ist dann nur noch ein beschränkter.

Am Schlusse seiner Arbeit bemerkt Verfasser noch, dass die Lymphkörperchen nur bei den Vertebraten die Fähigkeit besitzen, sich activ an der Aufsaugung der Nährstoffe zu betheiligen; bei den Avertebraten soll den Lymphkörperchen diese Fähigkeit nicht zukommen, dagegen sind, wie bei den niedersten Vertebraten, die Darm-Epithelien fähig, amöboïde Bewegungen auszuführen und auf diese Weise feste Stoffe in sich aufzunehmen.

Med. Neuigkt. nach *Archiv f. Thierhlkde.*, No. 3, 1885.

Pädiatrik.

Selbst in der durch O'Dwyer,[1]) *verbesserten Form* werden die durch die Glottis einzuführenden, zuerst von Bouchut[2]) angegebenen Canülen nicht im Stande sein, die Tracheotomie zu verdrängen.

Einen Fall ihrer Anwendung mit ungünstigem Ausgange berichtet Dr. M. P. Hatfield,[3]) Professor der Pädiatrik am *Chicago Medical College*. Ein sechzehnmonatliches Kind — das übrigens mit Sublimat behandelt wurde — bekam am 8. Tage der Diphtherie drohende Larynx-Stenose. Dr. Waxham führte die kleinste Nummer der nach O'Dwyer's Angabe verfertigten Canülen ein und zwar mit vieler Schwierigkeit. Es wurde dadurch allerdings eine bedeutende Erleichterung des Athmens erzielt; doch währte dieselbe nur 24 Stunden. Um Canüle und Trachea von Schleim etc. zu reinigen, wurde die Canüle entfernt und diese sowie Fauces und Larynx gereinigt. Doch war die oedematöse Anschwellung zu ausgebreitet und das Wiedereinführen der Canüle unmöglich. Das Kind starb 3 Stunden später, wie Hatfield vermuthet an Lungenoedem.

H. verwirft die Anwendung dieser Canülen aus folgenden Gründen:

1. Ihre Einführung in die Larynx eines jungen Kindes ist selbst in geübten Händen sehr schwierig.

2. Selbst ihre richtige Einführung kann keine dauernde Erleichterung bieten, denn die Gefahren des diphtheritischen Croup beschränken sich nicht allein auf *die mechanische Obstruction der Larynx*. In einem Referate über einen denselben Gegenstand behandelnden Artikel von Dr. F. E. Waxham, (*Boston Med. & Surg. Journal*, May 14. 1885) in der *Wien. Med. Wochenschrift* (No. 51. 1885) schliesst Referent folgendermassen:

„Die in Wien durch Prof. Weinlechner längere Zeit hindurch fortgesetzten Versuche nach dieser Richtung hatten keine besonders aufmunternden Resultate zu Tage gefördert und, soviel wir wissen, wird die Behandlung bei uns kaum mehr geübt."

Einen Fall von Parese der Respirationsmuskeln nach Diphtherie berichtete Dr. Rothmann in dem Berliner *Verein für innere Medicin*. Ein siebenjähriger Knabe erkrankte am 5. August mit Diphtherie der Tonsillen, Fauces und des Gaumensegels. Am 15. August waren Fieber und Belag verschwunden. In den nächsten Tagen trat Paralyse des weichen Gaumens ein. Dieselbe besserte sich etwas, doch waren am 21. September katarrhalische Symptome (Respirationsfrequenz und Husten) eingetreten. Am 25. September fand R. den Knaben apathisch, fast resignirt, halb sitzend in seinem Bette, bleichen Antlitzes, mit lividen Lippen, mattem Auge, kühlen Händen und Füssen, nur schwach athmend, mit Rasseln auf der Brust und kleinem fadenförmigem, etwas verlangsamtem Pulse. Die Inspection des Thorax ergab, dass die obere Partie desselben sich gar nicht bewegte und nur die unteren Rippen schwache Athembewegungen zeigten. Das Epigastrium war flach und hob sich nicht bei der Inspiration, und kein accessorischer Respirationsmuskel kam dem Patienten

---

[1] *N. Y. Med. Journal*, Vol. XIII. p. 146.

[2] Dieffenbach und nach ihm Loiseau waren die Ersten, welche die „Tubage" versuchten.

[3] *Archives of Pediatrics*, (Vol. II.. No. 2).

in seiner bedrängten Lage zu Hülfe. Der einzige Strohhalm, nach dem der Knabe bei den Expectorationsversuchen in seiner Todesangst griff, waren seine kleinen Fäuste, mit denen er gegen die obere Bauchpartie schlug; denn auch die Bauchmuskeln waren einer besonderen Leistung nicht mehr fähig."

Sofortige subcutane Injection von 0,001 g. Strychnin und Faradisirung der *Nervi phrenici* und der Bauchmuskeln wurde angewendet und zwar mit promptem, eklatanten Erfolge. Die Parese der Respirationsmuskeln bestand zwar weiter fort, doch in weit geringerem Maasse. Unter zweimal im Tage fortgesetzter Behandlung besserte sich der Knabe ziemlich rasch. In zehn Tagen, also nach Anwendung von 0,02 g. Strychnin und zwanzigmaliger Faradisirung war Patient ausser Gefahr. Die Kur wurde durch roborirende Diät sehr unterstützt, da die Schlingmuskeln völlig intakt waren.

Verhdlgn. des *Vereins für innere Medicin in d. Deutsch. Med. Wochschr.* (No. 52, 1885.)

In der Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin berichtete Prof. Henoch über zwei von ihm in jüngster Zeit behandelte Fälle von *Meningitis cerebrospinalis* im Kindesalter, die einen günstisen Verlauf nahmen. Einen dieser Patienten, einen siebenjährigen Knaben, stellte H. vor, weil er das von Kernig beschriebene Symptom bietet:

Während die unteren Extremitäten, wenn Patient auf dem Rücken liegt, passiv frei beweglich sind, tritt Contractur in den Kniegelenken ein, sobald der Knabe in sitzende Stellung gebracht wird. Auch die Nackenstarre nimmt beim Aufrichten zu. Henoch ist der Ansicht, dass die Bewegungsintention die Steigerung der Contractur bewirkt.

Die Behandlung war in beiden Fällen eine antiphlogistische: Trockene Schröpfköpfe die Wirbelsäule entlang, Inunction von 1 g. Quecksilbersalbe täglich und zweistündlich eine Dosis Calomel. Intoxicationserscheinungen traten nicht auf!

Sehr bemerkenswerth ist, dass diese Fälle ebenso wie die früher von Senator beobachteten Fälle gleicher Art derselben Gegend Berlin's entstammen.

Einen Fall von Opiumvergiftung durch Muttermilch berichtet Dr. William B. Evans (London) in No. 1303 des *British Medical Journal.*

Das Kind wurde nach dem letzten Stillen, um 7 Uhr Morgens, somnolent und starb 17 Stunden später, um Mitternacht. Die Mutter hatte während dreier Tage etwa 1,75 g. Opium bekommen; doch trat die narkotische Einwirkung beim Kinde, wie oben angegeben, erst am dritten Tage Morgens ein. Wenn daher wegen Peritonitis u. s. w. stillende Mütter Opium in grossen Dosen bekommen müssen, lasse man das Stillen aussetzen.

Ueber die Wirkung von Vaccinemikrokokken hat Dr. Voigt (Hamburg) ausgedehnte Versuche angestellt. Durch Verimpfung von Reinculturen, welche aus humanisirter oder animaler Lymphe und auch aus Varioloïs-Pusteln gezüchtet waren, gelang es Voigt,

drei Kälber gegen fernere Einwirkung kräftigster Vaccine immun zu machen. Auch enthielten die in der Nähe der Impfstelle sich bildenden Knötchen nachweislich fortpflanzungsfähige Lymphe.

Der Verfasser giebt zu, dass er das Problem, das Vaccinecontagium vom thierischen Organismus getrennt als brauchbare künstliche Vaccine darzustellen nicht gelöst habe, ist aber der Meinung, dass dasselbe durch vielseitige Wiederholung der Züchtungs- und Impfungsversuche auf geeignetem Nährboden gelöst werden könne und müsse.

Deutsche Med. Wochschr. (No. 52, 1885.)

Correspondenzen.

Buffalo, N. Y., im März 1886.

Ihre Leser werden vielleicht wenig Vergnügen daran finden, wenn ich Ihnen eine kurze Skizze über Medicinaha in der Büffelstadt vorlege; doch Sie wollen die Tagesneuigkeiten wie sie eben sind, und das hat sein Gutes.

Wir haben seit ein paar Jahren zu der alten eine neue Aktiengesellschaft für Ausbildung fähiger und unfähiger Jünglinge und Anderer in der *ars et scientia medicinae* und seit der Zeit einen Höllenbreuhel von Fricassées mit Hindernissen. Es ist wirklich eine Schande! Am meisten hat aber die *Buffalo Medical und Surgical Association* darunter zu leiden. Diese altehrwürdige Institution, der Männer wie Hamilton und Flint angehört haben, war erst der Schauplatz aufregender Streitigkeiten und als diese denn doch zu keinem absoluten Siege einer der beiden Schulen führten, ist sie — von Beiden verlassen — ein Mechanismus ohne treibende Kraft geworden.

Zum Ersatz dafür haben sich kleine Coterien und Clubs gebildet, die sich sogar auf Spezialitäten geworfen haben, wie die *Buffalo Obstetrical Society.* Natürlich muss sich dann der Erfolg — ich meine die wissenschaftliche Leistung solcher Verbindungen auf ein Minimum beschränken, denn in Hinsicht wissenschaftlicher Capacitäten leiden wir wahrlich an keinem *Embarras de richesse.* Praktisch stellte sich dem Publikum gegenüber die *Misère* auch nur zu deutlich heraus, wie der Uebergang gegenseitiger Anfeindungen der beiden Schulen in die Tagespresse nur zu deutlich bewies. Wir deutschen Aerzte sollten eigentlich durch gegenseitige Schmähungen der Amerikaner beim Publikum an Achtung gewinnen — aber es fehlt die Einigkeit, noch besser gesagt jegliche Verbindung. Ein paar deutsche Aerzte glaube ich haben einen Club — zum Kegeln!

Die neue *Niagara University* steht in engster Verbindung mit dem *Hospital of the Sisters of Charity* und dem *Emergency-Hospital;* ihr Haupt ist der katholische Bischof Ryan, die Hospitäler Eigenthum katholischer Schwestern. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie 3 Wintercurse verlangt; dafür aber kann sie sich andererseits nicht beklagen, über eine allzugrosse Anzahl von Capacitäten. Das alte *Buffalo Medical College* beherrscht das *Buffalo General Hospital* und steht mehr unter dem Einflusse des protestantischen Yankee-thums. Es hat mehr hereditären Einfluss, einige qualificirtere Köpfe, ist aber die reine "*Doctor-Mill.*" So hat sie schon vor wenig Tagen ihr Contingent neuer Aesculapiusse ausgeworfen und die Tribüne hier zu einem Nothwehrseufzerstoss veranlasst, d. i. zur Frage, ob denn der Staat kein Recht habe, die Menschheit vor diesen unreifen Praktikanten zu schützen, denn es könne Jedem passiren, dass er einem solchen in die Hände fällt und an sich erst probiren, resp. lernen lassen muss. Noch zwei "medizinische" Institute haben wir hier, *Pierce's* (golden medical discovery) World's Medical Dispensary Association, resp. deren grossartiges Hospital und das bescheidene *Homoeopathie Hospital. Pierce* versieht sein *Invalid's Hotel* mit Patienten, die er durch Anzeigen in aller Herren Länder heranzieht. Es scheint, man versteht da die Patienten nicht nur heran, sondern auch auszuziehen. Trotz aller *Misère* kommt hier doch gelegentlich eine medizinische Leistung zu Tage. Als solche können wir die Herstellung des hiesigen Venini-Leichenverbrennungsofens betrachten. Ein paar respectable Operationen wurden auch in letzterer Zeit ausgeführt. Die letzte war die glückliche Exstirpation eines Struma von Phelps*) Ein andermal mehr.

Dr. Marcell Hartwig.

*) Warum nicht diesmal ausführlicher? D. Red.

San Francisco, in März 1886.

Bei dem Berichte in meinem vorigen Briefe über die Demonstration einer cirrhotischen Fettleber im *Verein deutscher Aerzte* verschob ich die Mittheilung der Geschichte dieser Fettleber auf die Februar-Correspondenz.

Die Leber gehört in ihren besseren Tagen der Frau eines eklektischen Arztes, des Dr. Bowers, welcher seit einiger Zeit die Gastfreundschaft des Staates geniesst, da man sich höhern Orts der Meinung hingiebt, er habe seine bessere Hälfte durch wiederholte Phosphorgaben vergiftet. Die Frau starb nach einer längeren Krankheit, während welcher sie die vorzüglichste ärztliche Misshandlung von Seiten ihres Gatten und ähnlicher medizinischer Grössen genoss. Man ging so weit, ihr bei Lebzeiten einen Leberabcess nachzusagen und sie eklektisch darauf zu behandeln.

Die Sektion, zu welcher der Gatte seine unfreiwillige Zustimmung ertheilte, ergab ein Magengeschwür an der Cardia, ausserdem punktförmige Hämorrhagien und Ecchymosen in der Magen- und Duodenalschleimhaut und die obenerwähnte cirrhotische Fettleber.

Ueber einen bei Eröffnung des Magens gespürten Phosphorgeruch sind sich die Autoritäten nicht ganz einig, manche wollen so etwas gerochen haben, andere erinnerten sich desselben nachträglich und zwar entweder undeutlich oder gar nicht. Dagegen leuchteten die Eingeweide unheimlich (Mitscherlich) und die mikroskopischen Präparate der Leber, welche Ihr Correspondent Gelegenheit hatte zu untersuchen, ergeben das exquisite Bild eines fettigen Zerfalls und interlobulärer Cirrhose.

Die Sache wird dadurch etwas complicirt, dass Hr. Dr. Bowers, um dem etwaigen Verluste dieser, seiner d r i t t e n Gattin einen Theil seiner niederschmetternden Gewalt zu rauben, ihr Leben für — etwa $10,000 — zu seinen Gunsten versicherte und dass auch seine z w e i t e Gemahlin plötzlich mit Hinterlassung eben so reichlicher Trostgründe starb. (Von der e r s t e n wurde er geschieden.)

Der Process wird wohl in nächster Zeit vorkommen und werde ich Ihnen den Ausgang desselben mittheilen.

Sie haben gewiss schon viel über unser beneidenswerthes Klima gehört und welch' herrliche Producte aller Zonen, Dank demselben, bei uns gedeihen. Eine Frucht tropischsten Ursprungs ist neulich durch den Fürwitz eines Reporters recht unbarmherzig behandelt und wahrscheinlich in ihrer Lebensfähigkeit für immer beschädigt worden.

Da Sie als Arzt und Zeitungsmensch doppelt verpflichtet sind, alles weltbewegende Neue gründlich zu erfassen, so brauche ich Ihnen gewiss keine Vorlesung zur Bereicherung Ihrer Kenntnisse in der Theosophie und im Occultismus zu halten.

Denken Sie sich also die Errichtung eines theosophisch-medizinischen College mit occultistischen Grundsätzen, wie sie von einem gewissen Dr. Haddon hier in Scene gesetzt wurde, und Sie werden verstehen, wie jedem guten Bürger unserer Stadt, welcher der Ruhm gebührte, zuerst in den Ver. Staaten ein derartiges Institut innerhalb ihrer Mauern beherbergt zu haben, der Stolz, bei Erwähnung dieser Thatsache, die Lungencapacität erheblich blähte.

Der Gründer (*in the Pickwickian sense*) dieser neuesten medizinischen Spielart hatte von der Legislatur einen Freibrief zur Gründung des *College* erhalten, und verkündete, dass ihm ein dankbarer Patient die Kleinigkeit von 75,000 Morgen Land in Nevada zur Unterstützung seines Projektes geschenkt habe. Antheilscheine auf dieses Land, welche zugleich zum Eintritt in das College und zu einer freien einjährigen theosophisch-medizinischen Behandlung Seitens des Doktors berechtigten, wurden zu dem fabelhaft billigen Preise von je $10.00 angekündigt und *mirabile dictu!* verkauft!

Leider blühte diese nette Pflanze nicht lange. Jener obenerwähnte Reporter entdeckte, dass das Land eigentlich nur theosophisch vorhanden sei und der Herr Doktor (!) einige Transaktionen verübt hatte, die ihn seither die Oeffentlichkeit scheuen liessen. Schade! ich hätte gerne mal experimentelle Studien über die Wirksamkeit eines theosophisch gesetzten Klystiers angestellt.

In unseren medizinischen Kreisen herrscht etwas Neujahrskatzenjammer. Der deutsche ärztliche Verein hat dies Jahr sogar sein jährliches Festessen nicht zu Stande gebracht, das erste Mal seit seinem Bestehen.

Wenn auf dem Festwege nichts zu Tage gefördert wurde, brauche ich wohl kaum hinzuzufügen, dass auch wissenschaftlich nichts Erwähnenswerthes geleistet ward; die neuen Beamten trugen ihre Würden mit stolzem, aber stillem Selbstbewusstsein und sparten ihre Kräfte für das nächste Mal.

In der *County Medical Society* hielt Dr. Arnold, der Sohn des Dr. A. in Baltimore, die jährliche Ansprache. Er hatte „Tubage des Larynx" zum Thema gewählt, und hob in seinem Vortrage nach einer geschichtlichen Einleitung die bekannten Er-

folge und Vorzüge des Verfahrens bei chronischer Stenose hervor; auch die O'Dwyer'schen Apparate und Methoden bei acuten Verengungen des Larynx-Innern wurden eingehend besprochen.

Es folgte eine Diskussion über Hysterie, eingeleitet durch Dr. W. W. Kerr mit der Erzählung dreier eigener Fälle. Im ersten Falle hatte die, nach Nachkommenschaft sich sehnende, Frau eines in dürftigen Verhältnissen lebenden Arbeiters während 9 Monaten durch Ausstopfen ihrer Kleider Schwangerschaft vorgetäuscht und am Ende des Termins sogar Wehen simulirt. Im zweiten Falle klagte eine kräftige, nicht arbeitsscheue Frau während drei Jahren über absolute Bewegungslähmung des rechten Armes ohne objectiven Befund. Nach allen möglichen fruchtlosen therapeutischen Versuchen wurde der gesunde linke Arm in Schienen gelegt, und als sie dann eines Tages den kranken Arm unwillkürlich ausstreckte, begann eine fortschreitende Genesung bis zur vollkommenen functionellen Wiederherstellung.

Der dritte Fall betrifft eine etwas dunkle Simulation (?) von Phthisis bei einem jungen Mädchen mit unzweifelhaften Anfällen von Hämoptoë einhergehend, denen jedesmal Besinnungslosigkeit mit lebhaften Convulsionen folgte. Ueber der rechten Lungenspitze gedämpfter Percussionsschall. Auf subcutane Morphiuminjektionen hörten die Anfälle nach mehr als zweitägigem Bestehen auf. Zwischen den Anfällen soll sie sich ganz wohl befinden. In der anschliessenden Diskussion wurden mehrere interessante Fälle von Hysterie aus der Praxis einzelner Mitglieder erwähnt. So erzählte Dr. Arnold von einem Knaben, dessen Eltern in grosser Aufregung lebten wegen angeblichen Mangels aller Urinentleerung bei ihm. Die von Dr. A. eingeleitete Ueberwachung zeigte, dass der Knabe Nachts die Blase entleerte und seinen Urin trank. Ausserdem berichtete er über eine Aphonie von vierjähriger Dauer nach Diphtherie, trotzdem die Untersuchung zeigte, dass die Stimmbänder sich bei der Respiration normal bewegten, während sie beim Versuch der Phonation unbeweglich standen. Nach Einblasung und rhetorischen Uebungen Herstellung. Bei einem Rückfall gleiche Behandlung und gleicher Erfolg. Dr. Kenyon hat bei einem mit ausgesprochenen Symptomen der Coxitis behafteten Patienten völlige Wiederherstellung nach zwei bis drei Dosen Asafœtida gesehen.

In der folgenden Sitzung hielt Dr. Abrams einen Vortrag über Phosphorvergiftung mit Rücksicht auf den oben berührten Fall des Dr. Bowers, doch wurde, da der Process noch in den Gerichtshöfen schwebt, einstweilen von der Publication abgesehen. In der Diskussion äusserte Dr. McNutt, dass ihm die Thatsache, Phosphorvergiftung erzeuge auch interstitielle Hepatitis, neu sei. Vielleicht seien demnach manche auf Alcoholmissbrauch geschobene Lebercirrhosen dem übermässigen Genusse von „Hypophosphites" zuzuschreiben (!).

Nachdem Dr. Bazan einen ossificirten, stenosirten Larynx demonstrirt hatte, dessen ehemaliger Besitzer nach verweigerter Tracheotomie unter laryngo-stenotischen Erscheinungen zu Grunde ging, wurde noch eine Executivsitzung abgehalten.

Dr. J. Rosenstirn.

Berichtigung: In der vorigen Correspondenz von San Francisco (S. 136, Zeile 4 von unten) sollte stehen:
in Deutschland überpromovirte Doktoren anstatt: nochmals promovirt habende.

D. Red.

Bücherschau.

Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes—eine forensisch-psychiatrische Studie von Dr. B. Tarnowsky, Professor a. d. Kaiserlichen Med. Acad. zu St. Petersburg; Berlin 1886. A. Hisrchwald.

Dieses etwa einhundert und fünfzig Seiten zählende Büchlein schildert in einigermassen an ein Referat erinnernder Weise, die abscheulichen Ausartungen des Geschlechtstriebes, wie sie uns durch die Forschungen der gerichtlichen Mediziner von Zacchias bis auf Tardieu und Krafft-Ebing bekannt geworden sind. Anlass zu einer Beschäftigung mit diesem Gegenstand, gab ein Fall von Päderastie, welchen Dr. Tarnowsky als Gerichts-Arzt zu untersuchen hatte. In der Folge entdeckte er Zustände in der russischen Haupstadt, die geradezu haarsträubend sind, indem dieselben die notorische Verkommenheit und Sittenlosigkeit anderer Grossstädte tief in den Schatten stellen. So sagt Verfasser Seite 98:

Bei uns in Russland, besonders in St. Petersburg, existirt, Dank den vielen Badeanstalten, mit einzelnen Zimmern und Waschdienern, eine Menge prosti-

tuirter Päderasten, die so zu sagen geschlossene Vereine bilden * * * * * * Ueberhaupt verhalten sich in St. Petersburg die gemeinen ungebildeten Leute dem Ausspruch aller mir bekannten Päderasten gemäss, äusserst nachsichtig gegen unzüchtige Anträge,—'herrschaftliche Spielerei,'—wie sie es nennen.

Im Weiteren unterwirft Dr. TARNOWSKY der Behauptung TARDIEU's, dass die Päderasten (Kyneden) einen trichterförmigen Anus als Stigma ihrer entehrenden Beschäftigung aufweisen, einer kritischen Untersuchung an der Hand des in Russland leider so reichhaltigen Materials. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass bei den Gewohnheitspäderasten diese Erweiterung immer vorhanden sei, und die normalen radiären Falten verstrichen sind. Noch charakteristischer für den Gewohnheitspäderasten als diese beiden Zeichen, ist aber die leichte Erweiterbarkeit des Orificiums, so dass man durch leichtes Auseinanderschieben die Wände des Mast-Darms zu sehen bekommen kann. Allerdings kann der Kynede, durch willkürliches Zusammenpressen der Hinterbacken und Zusammenziehung des Anus, ein dem normalen entsprechendes Bild simuliren. Dieses ist aber nur auf kurze Zeit möglich, und indem man ihm eine vom Verfasser genauer angegebene Lage zehn bis zwanzig Minuten beibehalten lässt, tritt das wirkliche Bild durch Erschlaffung des willkürlichen Impulses hervor.

Es ist aber entschieden zu weit gegangen — meint der Verfasser — von der Abwesenheit der radiären Falten allein auf Päderastie zu schliessen—da diese bei muskulösen, gut entwickelten Jünglingen vorkommt. Um Päderastie zu beweisen, müssen die anderen obengenannten Anzeichen vorhanden sein.

In Folge der durch die erwähnten Anzeichen gekennzeichneten Erschlaffung der Sphinkteren, bildet sich bei Kyneden eine gewisse *Incontinentia alvi* aus, und der Verfasser verweist auf den dadurch bedingten Abgang flüssiger Fäcalmassen und Gase, und beständigem Beschmieren der Wäsche bei Knaben, als das erste Anzeichen, welches erfahrene Erzieher auf die Spur der Päderastie bringt.

Man wäre versucht hier zu bemerken "Bei uns kommt so was nicht vor!"— Könnte man dieses wahrheitsgemäss....? Im Ambulatorium des *Mount Sinai Hospital* passirte es Referenten, dass ihm ein dreizehnjähriger irischer Knabe mit einem *Ulcus induratum* an der Oberlippe zugeführt wurde, und derselbe sich in Folge des dadurch provocirten Kreuzverhöres als ein *Cunnilinguist* entpuppte.

Auf einen äusserst wichtigen Punkt macht uns die Schrift auf Seite 126 aufmerksam, nämlich den, dass die Bedeutung eines *Ulcus molle* am After bei Frauen nicht so beweiskräftig für die Sodomie sei, als das entsprechende Vorkommniss bei Männern, und zwar aus dem Grunde, weil das Herabfliessen der inficirenden Sekrete von den Genitalien, in der Rückenlage zum After bei Ersteren ungehindert stattfindet, während bei Letzteren das Scrotum einen Schutzdamm bildet. Trotz alledem dürfe ein *Ulcus molle* nur in dem Falle als Beweis des sodomitischen Ursprungs gelten, wenn es ursprünglich im Rectum entstanden, und nicht, wenn ihm vor kurzem ähnliche Geschwüre an den Geschlechtstheilen vorangegangen seien, oder gleichzeitig bestünden.

Mit Bezug auf den seitens TARDIEU's aufgestellten und in den meisten Lehrbüchern aufgenommenen Kriterien der aktiven Päderastie, macht Verfasser auf einen ernstlichen Irrthum, wie es uns scheint, mit Recht — aufmerksam. TARDIEU behauptet, dass das Glied bei solchen dünn, und schliesslich spiralig gewunden werde. Bei den Luxus-Päderasten nun findet TARNOWSKY den Penis ganz normal, und scheint es uns überhaupt schwer zu glauben, dass ein Organ dessen Erektions-Kraft einem bedeutenderen Druck entspricht, als die Zusammenziehungsfähigkeit des Mastdarms, seine Form in so hohem Grade ändern solle. TARNOWSKY findet allerdings die von TARDIEU beschriebene Penis-Form, aber bei angeborenen Päderasten; eine dem Hundepenis ähnliche Form des Organes ist bei diesen eben ein Degenerationszeichen und nicht mechanisch bedingt.

Mit Obigem haben wir die wichtigsten neuen Gesichtspunkte, die Verfasser entwickelt, dargelegt. Dass denselben das Verdienst zukommt, einer kritischen Sichtung eines umfangreichen Beobachtungsmateriales entsprungen zu sein, erhellt aus anderen Theilen des Werkes. Hie und da scheinen seine Reflexionen eher den russischen, als den Verhältnissen ganz civilisirter Länder zu entsprechen. Wenn er zum Beispiel beim Erklären der Päderastie nicht psychopathischer Menschen sagt „Gegenwärtig erscheint das Laster in den Augen der Mehrheit nicht nur verführerisch durch die Kraft, Neuheit oder Mannichfaltigkeit der Empfindungen, sondern es verleiht in der Sphäre der eigentlichen Geschlechtsthätigkeit dem Wüstling einen gewissen Anstrich von Epikureanismus, Ausgesuchtheit, Verwöhntheit und Ueberlegenheit vor anderen Menschen, die anscheinend weniger entwickelt aber sittsamer und enthaltsamer sind," so müssen wir uns gegen eine Anwendung dieser Interpretation auf mittel-europäische oder hiesige Verhältnisse verwahren. Der Päderast gilt hier im Volke als ein Schmutzfink, und der

durchschnittliche Nichtrusse hat noch nicht jenen Entwicklungsgrad erreicht, wo ihm eine Fäcalgrube als Ideal erschiene. Es nimmt uns diese Ausführung Tarnowsky's um so mehr Wunder als er auf Seite 67 eine ganz verschiedene, auch unsern Verhältnissen entsprechende Erklärung abgegeben hat.

Was die durch Kraft-Ebing, Caspar-Liman, Servaes, Westphal und Anderen beschriebenen perversen Sexual-Empfindungen in anderer als päderastischer Form, so der Nekrophilie u. s. w. anbelangt, bringt das Buch eine Zusammenstellung früherer Beobachtungen ohne Neues liefern zu wollen. Insbesondere vermissen wir irgend einen nennenswerthen Beitrag zur Kenntniss der osmatischen Degenerationszeichen. Seltsamerweise finden wir die Russland eigenthümliche Entartung des Szkoptenthums auch nicht erwähnt. Die sogenannte periodische Päderastie finden wir zum erstenmal in der vorliegenden Schrift als Ganzes abgehandelt. Unter diesem, wie uns dünkt, schlecht gewählten Namen vereinigt Verfasser jene Fälle wo Sexualempfindungen durch Flagelliren, durch Anschauen der Päderastie bei Anderen, durch scheussliche Akte seitens Prostituirter, z. B., die Defekation auf dem — Kranken — möchte man ausrufen, durch Umgang mit Thieren und auch der periodischen Leichenschändung erzeugt werden. Unter letzterer Rubrik werden einige Fälle angeführt, die das alte Sprichwort Benakiba's zu Schanden machen. Solche Ausartungen des Geschlechtstriebes kommen allerdings in periodischer Form vor, auch hierzulande, wie in dem Falle eines hervorragenden Temperenzlers und Kirchenlichtes in Montana; sie treten aber auch in nicht periodischer Form auf, und sind dann oft nichts Anders, als die Folge der Uebersättigung, und der beginnenden Altersinvolution des Gehirnes.

Wir können Dr. Tarnowsky's Werk aller Gerichtsärzten, Psychiatern und Pädagogen empfehlen.

Dr. E. C. Spitzka.

Die Elektricität in der Medicin, Studien von Dr. Hugo v. Ziemssen; 4. Auflage, 2. Hälfte, Berlin 1885. Verlag von August Hirschwald.

Das Werk enthält die Abschnitte über Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Unter ersterem Titel giebt Ziemssen eine kurze, aber prägnante Zusammenstellung der bisher gewonnenen Resultate. Dabei weist er ständig darauf hin, wie diese Resultate nur mit Hülfe genauer Messmethoden gewonnen werden konnten und wie der Fortschritt wesentlich von der Vervollkommnung dieser abhängig ist. In diesem Sinne sagt der Verf. auch auf S. 64: "dass der wesentliche Fortschritt der Anwendung der Elektricität gegenüber der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts in der Ausbildung wissenschaftlicher Untersuchungsmethoden beruhe." Das Werk dürfte wohl die vollkommenste und am meisten wissenschaftlich gesuchte Zusammenstellung der Methoden der Elektrotherapie sein, die bis jetzt in irgend einer Sprache geschrieben wurde.

E. Tiegel, New York.

Schema der Wirkungsweise der Hirnnerven, von Dr. J. Heiberg, Wiesbaden 1885. Verlag von J. F. Bergmann.

Das Schema besteht in einer Tabelle in Farbendruck. Durch die verschiedenen Farben werden Function und Verbreitungsbezirk der einzelnen Hirnnerven in einfacher Weise angegeben. Das Schema ist für den Studirenden sowohl als auch für den Praktiker behufs schneller Orientirung bestimmt.

E. T.

Curiositäten.

In No. 5 der Wien. Med. Wochenschrift (S. 160) finden wir folgende Anzeige:

Mittel gesucht,

äusserlich gegen *Skropheln* (theilweise schon geschnitten) zu gebrauchen, da auch die Lunge in Folge Bronchial-Katarrh geschwächt ist. Zuschriften erbeten (folgt Chiffre und die Adresse eines Anzeigebureau's).

Einem Elephanten einen Zahn zu füllen war die Aufgabe, welche neulich einem Pariser Zahnarzte zukam. Der Dickhäuter brüllte und stöhnte vor Schmerz und musste mit dem Kopfe fest an den Boden angekettet werden. Die Operation, zu welcher Zinnblättchen verwendet wurden, weil Goldblättchen zu theuer gekommen wären, dauerte volle vier Stunden und das Thier gab seine Freude und Genugthuung zu erkennen, als die Geschichte glücklich beendet worden war.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Sitzung vom 1. März 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann,
Secretär: Dr. Willy Meyer.

Nach einer Executivsitzung, in welcher von neun Candidaten acht aufgenommen wurden, erhielt
Dr. H. G. Klotz das Wort zu seinem Vortrage:

Ueber Schanker und Bubonen*)

In der sich an denselben anschliessenden

Diskussion

ergriff zuerst das Wort:

Dr. L. Weber, und bemerkte, dass ihm die Varietät der subacut sich entwickelnden Drüsenvereiterungen, nach voraufgehenden Reizungen — specifischer und nicht specifischer Natur — der allgemeinen Decken, im Laufe der Praxis öfters vorgekommen sei. Er erwähnt vier Fälle solcher Bubonen in der Leistengegend.

1. *40jährigen Bäcker*, fett, sehr unreinlich, hatte seit längerer Zeit *eczema scroti et penis*, welches er sehr vernachlässigte. Allmählige Anschwellung und Eiterung zweier Inguinaldrüsen der linken Seite und Hyperplasie einer dritten derselben Seite. Incision resp. Exstirpation der harten, vergrösserten Drüse und gründliche Reinigung der Wunde mit *Chlorid. zinci* 1,0 auf *Aqu. dest.* 20,0 brachte baldige Heilung. Auf passende Behandlung des Eczems gingen mässig geschwollene Drüsen der rechten Seite unter leichten Druckverband zurück.

2. Bei *einem 20-jährigen leicht anämischen Manne* entwickelte sich nach einem mässig heftigen Tripper ein einseitiger Leistenbubo, dessen Centrum nur sehr langsam in Eiterung überging. Es wurde Chlorzink-Paste aufgelegt, jedoch fingen nach Ausheilung des Centrums kleine Drüsenabscesse sich zu bilden an in der infiltrirten Masse, deren Behandlung und Heilung zwei Monate in Anspruch nahm.

3. Bei *einen gonorrhoisch inficirten Offizier von* 35 *Jahren* kam es zu periadenitischem Abscess mit bedeutender Hyperplasie von zwei Drüsen und ziemlich beträchtlichem Hautverlust. Nach Entfernung der erkrankten Drüsen und Reinigung des Grundes und der Ausbuchtungen der Wunde mit Chlorzinklösung ging die Heilung gut von Statten.

4. Bei *einem jungen Manne* kam es in Folge von Tripper zu entzündlicher einseitiger Leistendrüsen-Hypertrophie, welche nicht eiterte, sondern erst nach mehrere Wochen fortgesetztem Druckverband rückgängig wurde. P. war in früher Jugend scrophulös.

Bei Behandlung von Drüsenabscessen überhaupt, und vorzüglich in der Leistengegend, hat Redner von der ergiebigen Spaltung und gründlichen Desinfection des ganzen Wundgrundes mit obiger Chlorzinklösung, mit darauf folgendem elastischen Druckverband, seit vielen Jahren ausgiebigen Gebrauch gemacht und damit gute und rasche Heilung in so ziemlich allen Fällen erzielt.

Dr. Caillé erwähnt seiner Erfahrungen bei Kindern; er habe mehrere

*) Derselbe wird in einer Special-Zeitschrift veröffentlicht werden. D. Red.

Male Drüsenpackete am Halse exstirpirt, die von der Nase aus inficirt gewesen seien (Diphtherie). Er fragt, wann man exstirpiren solle.

Dr. Klotz erwidert, dies sei schwer mit Bestimmtheit zu sagen.

Dr. Guttmann berichtet von der Behandlung von Bubonen auf der Auspitz'schen Klinik im Jahre 1876. Derselbe habe die Geschwülste eingestochen, das Gewebe zerstört und einen Druckverband angelegt. Dann sei keine Eiterung erfolgt.

Dr. Rose erwähnt bezüglich der Behandlung eiternder Drüsen im Allgemeinen ein von ihm geübtes Verfahren, nämlich Aspiration des Eiters mit nachfolgender Einspritzung einer Mischung von Zinkoxyd in Wasser etwa 6—10 Procent.

Der erste Fall, in welchem sich diese Zinkeinspritzung bewährte, betraf *einen Geschäftsmann, der an einem in Eiterung begriffenen Bubo litt.* Aspiration mit nachfolgender Injection einer 2-procent. Carbollösung hatte nur vorübergehenden Erfolg gehabt, während nach Anwendung der Zinkmischung anstatt der Carbollösung keine Spur von Eiter mehr sich zeigte, obwohl der Patient vor wie nachher täglich seinen Geschäften nachging.

Ein anderer Fall betraf eine junge Dame mit scrophulösem Habitus; dieselbe hatte eine entstellende, beständig absondernde Drüsennarbe oberhalb des rechten Kieferwinkels. Diese Drüse war wegen Vereiterung vor mehreren Monaten eingeschnitten worden. Als er diesen Fall in Behandlung nahm, zeigte sich eine andere Drüse unterhalb der erwähnten Narbe, entzündet und stark vergrössert. Applicationen von Schmierseife und systematische Einspritzungen von Arsenik führten zu keinem Resultat; auch diese Drüse begann zu eitern. Sobald er dies wahrnahm, aspirirte er den vorhandenen Eiter und liess die Zinkoxyd-Einspritzung folgen. Nicht nur bildete sich darauf die Drüsengeschwulst zurück, sondern auch die benachbarte Narbe hörte auf zu secerniren. Eiter hat sich nicht wieder gezeigt. Seit der Einspritzung sind 8 Monate verflossen. Es besteht keine Anschwellung mehr, auch die Narbe und die Stelle der Drüsengeschwulst sind weniger geröthet, wie vorher. Aus letzterer lässt sich aus dem kaum mehr sichtbaren Stichkanal in langen Zwischenräumen ein oder mehrere Tropfen klarer Lymphe ausdrücken. Redner nimmt an, dass das Zinkoxyd ein chemisches Mittel ist, welches die Entfernung des Reizes durch Neutralisation oder Zersetzung der reizenden Substanz bewirkt. Andererseits nimmt er als wahrscheinlich an, dass dasselbe mechanisch wirke, durch Obliteration der Capillaren, namentlich der Lymphcapillaren — einen Damm bildend, der der Resorption der Entzündungsproducte durch die Lymphgefässe Einhalt zu thun vermag. Er möchte sein Verfahren auch zum Versuch empfehlen in Fällen, in denen noch keine Eiterung, sondern nur einfache Hyperplasie der Drüse mit drohender Vereiterung besteht.

Er fügt hinzu, dass die Mischung des Zinkoxyd's mit Wasser gerade genügend flüssig sein muss, um durch die Pravaz'sche Spritze aspirirt und injicirt werden zu können.

Auf eine Frage hin weist

Dr. Klotz nochmals darauf hin, dass in seiner eigenen Erfahrung wie in der Anderer irgendwelche Anstrengung — wie z. B. das Heben von Lasten, ermüdende Märsche entschieden die Entwickelung der Bubonen begünstigen.

Dr. L. Weber fragt, ob der Druckverband nach des Vortragenden Ansicht von Vortheil sei. Er wenigstens habe diese Erfahrung gemacht.

Dr. Klotz antwortet, dass zur Resorption kleiner Eiterungen der Schrotbeutel manchmal ganz vortheilhaft zu verwenden sei.

Hierauf entspann sich eine Debatte zwischen Dr. Jacobi und Dr. Heitzmann über die Bedeutung solcher folliculärer Eiterungen, wie wir sie in den Tonsillen so oft sehen, wenn sich auch anderweitig disseminirte Eiterheerde vorfinden. Dr. Heitzmann findet in der Tonsillitis mit disseminirten Eierherden ein Analogon mit der von Dr. Klotz beschriebenen Form von vereiternden Bubonen.

Dr. Klotz weist zum Schlusse nochmals darauf hin, dass durch Druckverband und Massage bei Anwendung der Sapo viridis die Resorption des Eiters selbst dann noch möglich ist, wenn der Kranke an Schüttelfrösten leidet und ziemlich schlecht aussieht. Sei aber einmal eine ganze Gruppe ergriffen und die Drüsen in der Nachbarschaft ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen, so müsse baldigst die Exstirpation vorgenommen werden.

Berichtigung.

An die Redaction der New Yorker Medizinischen Presse.

Geehrte Redaktion! Das Referat meines Vortrages über „*Osteomyelitis acuta,*“ in der Sitzung der *Med. Chir. Gesellschaft*, am 1. Febr. d. J., ist leider in solchem Grade ungenau in No. 3 Ihres Blattes wieder gegeben und insinuirt mir eine meiner thatsächlichen so sehr wenig entsprechende Auffassung dieser Krankheit, dass ich Sie bitten möchte, dies zur Kenntniss Ihres Leserkreises zu bringen und mir damit diejenige Rechtfertigung zu Theil werden zu lassen, welche ich mit Rücksicht auf das genannte Referat wohl beanspruchen darf.

Weder in Bezug auf Aetiologie, Symptomatologie, Pathologie, Therapie, noch in Bezug auf Wiedergabe von Namen und davon, was deren Inhaber mit der o. a. zu thun haben, kann ich mich für den Inhalt Ihres Referates verantwortlich fühlen, und es ist mir ein unheimliches Bewusstsein, dass nach Massgabe desselben einer oder der andere Ihrer Leser sein chirurgisches Handeln normiren könnte. Hoffentlich bin ich von den anwesenden Herren Collegen nicht in dem Masse missverstanden worden, wie dies Ihrem Correspondenten gelungen ist. Von einem Versuch, Ihnen eine Correctur des Referates einzusenden, habe ich leider wegen Mangels an der dazu erforderlichen Zeit Abstand nehmen müssen, doch ist es mir vielleicht vergönnt, in einer späteren Nummer Ihres Blattes meinem Standpunkt gegenüber der *osteomyelitis acuta* Geltung zu verschaffen.

Hochachtungsvoll ergebenst

Dr. F. Lange, 691 Lexington Ave.

(Wir haben den Zeilen unseres geehrten Collegen Lange nur hinzuzufügen, dass der fragliche Bericht nach unvollständigen Notizen eines Stenographen (Nicht-Mediziner's) verfasst wurde. Wir bedauern es, dass derselbe zu einer Berichtigung gerechtfertigten Anlass giebt und hoffen, recht bald die in Aussicht gestellte Arbeit Dr. Lange's unseren Lesern vorlegen zu dürfen.) Die Redaktion.

Protokolle der „Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte" von New York.

Sitzung vom 22. Februar 1884.

Gekreuzte Laehmung und Contracturen in Folge von hereditaerer Syphilis.

Dr. Seibert stellt ein 20 Monate altes Mädchen mit gekreuzter Lähmung und Contracturen vor. Seine Diagnose lautet: Multiple Thrombosirung von Gehirnarterien in Gefolge von heriditärsyphilitischer Endarteritis. Der Fall soll anderweitig veröffentlicht werden. In Bezug auf die Therapie des Falles bemerkt:

Dr. Rudisch, dass er zur combinirten Anwendung des Quecksilbers und Jodkaliums gegriffen und sich nicht, wie Dr. Seibert es gethan, auf das Jodpräparat allein beschränkt haben würde.

Dr. Seibert bemerkt, dass Dr. Straus ihm ebenfalls die von Dr. Rudisch befürwortete Combination angerathen habe.

Dr. Caillé hat im Jahre 1876 das Verhalten der Capillaren bei congenitaler Lues studirt und gefunden, dass z. B. in der Leber, deren Capillargebiet die günstigsten Bedingungen für Stagnation bietet, eine complete Thrombose der Capillaren durch weisse Blutzellen recht oft zu Stande kommt; eine centrale Erweichung durch regressive Metamorphose oder Gumma kommt jedoch nur in etwa 10% der untersuchten Fälle vor. In den Hirncapillaren findet eine Wucherung des Endothels statt mit Infiltration weisser Blutzellen, wodurch die Bildung den Charakter einer Granulationsgeschwulst annimmt, oder es entstehen durch einen einfachen Degenerationsprocess kleine Rupturen der Gefässwände. Dr. Seibert's Fall macht sicherlich den Eindruck einer solchen multiplen Heerderkrankung.

Dr. Von Gieson hat vor drei Jahren einen ähnlichen Fall beobachtet. Es war ein drei Monate altes Kind mit Hemiplegie, das er mit Jodkalium und Einreibungen von Ung. Hydrargi behandelte. Es starb an Broncho-Pneumonie.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass bei heriditärer Syphilis Gummata seltener vorkommen, häufiger jedoch allgemeine Erkrankung des Bindegewebes. Im vorliegenden Fall handle es sich um Endarteriitis und nicht um ein Syphilom. Man gehe nur sicher, wenn man Quecksilber und Jod zu gleicher Zeit gebe. Er erwähnt ferner zweier Fälle von Paralysis labio-glosso-laryngea, welche er bei fünf Jahre alten Kindern beobachtet hat, von welchen der eine auf heriditärer Syphilis beruhende durch entsprechende Behandlung gebessert wurde; der andere nicht auf Lues zurückzuführende entzog sich der Beobachtung.

Retraction des oberen Liedes bei Morbus Basedowii.

Dr. Gruening stellt einen an Morbus Basedowii leidenden Mann vor und demonstrirt an ihm das v. Graefe'sche Symptom, welches darin besteht, dass beim Blick nach abwärts das obere Lid unbeweglich bleibt, statt wie bei normalen Verhältnissen, sich mit der Cornea senken. Er macht darauf aufmerksam, dass die Unbeweglichkeit des oberen Lids nur so lange dauert, bis die Blicklinie in der untersten Region des Blickfeldes angelangt ist. Bewegt sich dann das Auge noch weiter nach unten, so verlässt endlich das Lid seine Stellung und bewegt sich gleichsinnig mit der Cornea nach abwärts. Auf diese Eigenthümlichkeit ist Dr. Gruening erst vor Kurzem aufmerksam geworden. Dieselbe ist nirgends beschrieben und er selbst kannte sie zur

Zeit der Versammlung am 25. Januar d. J. noch nicht. Diesem Umstande schreibt er es zu, dass der Versuch an dem von Dr. Schmitt vorgestellten Patienten mit Distanzgeräusch des Herzens das v. Graefe'sche Symptom den anderen Anwesenden zu demonstriren, anscheinend fehlschlug.

Dr. Meltzer meint, dass das von Dr. Gruening demonstrirte Phänomen so erklärt werden könne, dass das obere Lid von dem aus seiner normalen Stellung nach vorne gerückten Augapfel am Herabfallen verhindert wird, dass aber beim extremen Blick nach unten der Rectus inferior auch als Retractor wirke, den Augapfel *in toto* nach hinten ziehe und somit das Hinderniss für das Herabfallen des oberen Lids für diese Stellung beseitige.

Dr. Gruening erwidert, dass wenn diese Erklärung richtig wäre, man das v. Graefe'sche Symptom einschliesslich des von ihm (Gruening) gefundenen Details auch in solchen Fällen von Exophthalmus antreffen müsste, welche nicht auf Basedow'scher Krankheit beruhen, was aber bekanntlich nicht der Fall ist.

Verbrennung des Schlundes durch Scheidewasser; Tod durch Perforation.

Dr. A. Jacobi demonstrirt den Oesophagus eines 17 Monate alten Kindes eines Juweliers, welches sich durch Verschlucken von Scheidewasser eine Strictur desselben zugezogen hatte. Dr. Huber und der Vortragende behandelten das Kind mittelst Einführung von Bougies. Die Entfernung der Strictur von der Mitte der Zahnreihe betrug 4 bis 4½ Zoll. Eines Tages, nachdem um Mittag herum ein Bougie eingeführt worden war, wurde das Kind des Abends sehr krank. Die Temperatur betrug 104°, die Athemfrequenz war bedeutend erhöht. Am nächsten Tage starb das Kind. Bei der Section fand sich im Magen sowohl, als auch in der rechten Pleurahöhle eine Quantität Milch und Whiskey. Es fand sich ein falscher Weg, der im Oesophagus in der Höhe der *Cartilago cricoidea* anfing und in der Höhe der Cardia in die rechte Pleurahöhle mündete.

Angina Tonsillaris; Diphtherie; Retropharyngeal-Abscess.

Dr. Glueck berichtet den Fall eines zwei Jahre fünf Monate alten Kindes, welches er an einer *Angina tonsillaris* behandelte, wobei die rechte Tonsille stärker geschwellt war, als die linke. Am fünften Tag trat Entfieberung ein, hielt jedoch nur einen Tag an. Am folgenden war die Temperatur wieder gestiegen und es zeigten sich Symptome von Nasen- und Rachen-Diphtherie, welche das Kind offenbar von seiner Mutter bekam, die diese Krankheit mittlerweile acquirirt und sich trotz ärztlicher Warnung von dem Kinde nicht fern gehalten hatte. Nach einigen Tagen bemerkte Vortragender, dass die Zunge des Kleinen vorgedrängt wurde; dies in Verbindung mit einer eigenthümlichen Klangfarbe der Stimme, den starken Schling- und Athembeschwerden, machten in ihm den Verdacht eines retropharyngealen Abscesses rege. Die gleich vorgenommene Untersuchung ergab wegen starker Schwellung der rechten Tonsile kein positives Resultat, doch war am folgenden Tage ein Abscess deutlich zu sehen und zu fühlen. Nach Eröffnung desselben hörten die Athmungsbeschwerden sofort auf, die Zeichen der Diphtherie dauerten jedoch fort, der Puls wurde schlechter und die Temperatur stieg. Die Cervicaldrüsen schwollen stark an, besonders auf der linken Seite. Erst am fünften Tage nach Eröffnung des Abscesses ging die Tempera-

tur auf 99° herab, der Puls blieb aber noch immer 120. Dies war der Zustand des Patienten zur Zeit des Vortrags.

Dr. Seibert wirft die Frage auf, ob Abscedirung der Lymphdrüsen bei Diphtherie häufig beobachtet wird, und erwähnt einen Fall von Scharlachdiphtherie bei einem dreijährigen Knaben, in deren Gefolge Vereiterung der Cervicaldrüsen eintrat.

Dr. Caillé hat acht Fälle von Vereiterung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen nach gewöhnlicher und nach Scharlachdiphtherie gesehen.

Dr. Klotz betont den Unterschied zwischen einfacher und Scharlachdiphtherie und bemerkt, dass Drüsenvereiterungen nach der letzteren häufig, nach der einfachen Diphtherie selten sind.

Dr. A. Jacobi hat nur wenige Fälle von Eiterbildung im Schlund bei Diphtherie gesehen, und glaubt, dass eine solche Eiterbildung überhaupt selten ist. Was sich in den Drüsen entwickelt, sind gelegentlich Eiterungen, meist aber gangränöse Zerstörungen.

Dr. V. Gieson hat bei reiner Diphtherie nur ein oder zweimal Vereiterungen der Lymphdrüsen beobachtet, dagegen bei Scharlachdiphtherie häufig.

Hyperaemie und Odem der rechten Hemisphaere; Linksseitige Convulsionen: Tod nach acht Tagen.

Dr. Boldt berichtet den Fall eines 15 Monate alten Kindes, das bis vor 8 Tagen gesund gewesen sein sollte, als es plötzlich von Zuckungen der Extremitäten der linken Seite befallen wurde. Die Pupillen erweiterten sich, die Augen waren starr, es bestand Opisthotonus; Percussion und Auscultation ergaben normale Verhältnisse. Am nächsten Tage starb das Kind. Die Section ergab Hyperämie und Oedem der rechten Seite des Gehirns.

Ungewoehnlich hohe Temperaturen eines Schwindsuechtigen.

Dr. Rudisch berichtet einen Fall von Morbus Brightii und Lungenschwindsucht, bei welchem eine etwa 6 Stunden hindurch anhaltende Temperatur von 112° F. beobachtet wurde. Es wurde mit verschiedenen Thermometern gemessen. Die Haut selbst fühlte sich dabei kühl an.

Dr. Gruening erinnert an einen Fall im deutschen Hospital, bei welchem der Thermometer 110° F. zeigte. Der betreffende Patient wurde genau überwacht und dabei ertappt, als er die Quecksilbersäule durch Reiben in die Höhe trieb.

Dr. Oppenheimer fragt, ob in dem Falle Dr. Rudisch's keine Heizröhren in der Nähe waren, durch deren strahlende Wärme die Thermometer beeinflusst werden konnten.

Dr. Rudisch beantwortet die Frage verneinend.

Regelmässige Sitzung vom 27. März 1884.

Vorsitzender: Dr. A. Caillé,
Secretär: Dr. A. Schapringer.

Ein seltener Fall von Rhachitis.

Dr. Caillé stellt ein dreijähriges, aus Baiern stammendes, hochgradig rhachitisches Kind vor, mit grossem Schädel, weichen Zähnen, Krümmung der Wirbelsäule und Deformität beider Oberschenkel, letztere augenscheinlich von einer Infraction herrührend, und führt in Kürze die bisher in Bezug auf die Aetiologie der Rhachitis

aufgestellten Hypothesen aus, speciell die Milchsäuretheorie von Dr. Heitzmann und die Entzündungstheorie von Kassowitz. Dr. Heitzmann recapitulirt seine an Hunden, Katzen, Kaninchen etc. vor Jahren gemachten und veröffentlichten Milchsäurefütterungsversuche, zu welchen er durch Lehmann's Nachweis von Milchsäure im Harn von rhachitischen Kindern und durch Schmidt's Beobachtung, welcher im Inhalt einer Knochencyste eines rhachitischen Individuums Milchsäure fand, veranlasst wurde. Ausser durch Fütterung brachte er den Versuchsthieren die Säure auf subcutanem Wege bei. Die Fleischfresser bekamen Rhachitis und wenn die Versuche noch weiter fortgesetzt wurden, Osteomlacie mit dem Befund von Amyloid in den Knochen. Die Pflanzenfresser wurden von vornherein osteomalacisch. Dass nicht die ungünstigen Nahrungsverhältnisse der Thiere überhaupt, sondern speciell die regelmässige Einführung der Milchsäure den krankhaften Knochenprocess verursachte, wurde durch einen eigenthümlichen Unfall bewiesen. Die Frau, welche die Fütterung der Thiere besorgte und desshalb viel von den verdunstenden Theilen der Milchsäure einzuathmen gezwungen war, befand sich damals in anderen Umständen. Sie abortirte im Monat und der Fötus, den der Vortragende noch in Verwahrung hat und demnächst zu demonstriren gesonnen ist, ist vollkommen knochenlos. Vortragender betont, dass die negativen Resultate, welche Andere bei ihren Fütterungsversuchen mit Milchsäure erzielten, daher rührten, dass die Versuchsthiere ein für den vorliegenden Zweck ungeeignetes Lebensalter hatten.

Dr. Rudisch meint, dass die Milchsäure keinen Einfluss auf den Organismus der schwangeren Frau, welche die Thiere damit fütterte, haben konnte, weil sie nicht flüchtig sei.

Dr. Tiegel bestätigt, dass chemisch reine Milchsäure nicht flüchtig ist. Sie ist eine, dem Glycerin ähnlich aussehende Flüssigkeit, welche keinerlei Geruch verbreitet.

Dr. Heitzmann erwiderte, dass die bei seinen Versuchen in Anwendung gezogene Milchsäure einen starken Geruch verbreitet habe, und giebt zu, dass sie nicht chemisch rein gewesen sein könne.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass Fälle von so ausgeprägter Rhachitis wie der von Dr. Caillé vorgestellte hier zu Lande enorm selten seien, während sie in Deutschland ziemlich häufig vorkommen; doch habe in den letzten Jahren diese Krankheit hier auffallende Fortschritte gemacht, was durch ungenügende und unzweckmässige Ernährung der Kinder armer Leute zu erklären ist. Er glaubt, dass ausser der schlechten Ernährung noch eine ganze Reihe anderer Ursachen in der Pathogenese der Rhachitis eine Rolle spielen und dass niemals eine einzige Theorie, wie die Milchsäuretheorie, allein im Stande sein werde, die Entstehung der dabei auftretenden Knochenveränderungen zu erklären.

Dr. L. Weber erwähnt einen von ihm beobachteten Fall eines von gesunden Eltern abstammenden 2-jährigen Mädchens, bei welchem sich Rachitis nach vorausgegangener Intermittens entwickelte und glaubt, dass es sich hierbei um einen ursächlichen Zusammenhang gehandelt habe, umsomehr, als Oppenheimer in Heidelberg mehrere ähnliche Fälle beobachtet und publicirt habe.

Dr. A. Jacobi glaubt, dass die betreffende geistreiche und in bestechendem Styl geschriebene Arbeit Oppenheimer's nicht genügende Beweise für den supponirten Zusammenhang von Intermittens und Rhachitis enthalte, insbesondere sei nicht mit ausreichender Logik bewiesen, dass die betreffenden Kinder überhaupt an Wechselfieber gelitten haben.

Dr. L. Weber erwidert, dass Oppenheimer ausdrücklich angiebt, das dass in bestimmten Perioden auftretende Fieber durch Chinin coupirt wurde.

Ein astatisches Galvanometer.

Dr. Rudisch zeigt ein absolutes, astatisches Galvanometer für electrotherapeutische Zwecke, welches einhalb bis 25 Milliampères anzeigt und setzt die Vortheile auseinander, welche dieses von ihm construirte Instrument vor dem Hirschmann'schen hat. Es ist speciell leichter zu handhaben und die Nadel kommt rascher zum Stehen. Der Preis des Instruments wird sich auf ungefähr $25.00 belaufen.

Ferner zeigte Dr. Rudisch eine Electrode mit darin angebrachtem Stromwender.

Lupus.

Dr. Klotz stellt einen Mann in mittlerem Lebensalter vor, der seit 20 Jahren an Lupus erythematosus des Mittelfingers der rechten Hand leidet und den er mit Salicylpräparaten behandelt.

Dr. Heitzmann fragt, ob in dem von Dr. Klotz vorgestellten Fall, Syphilis ausgeschlossen sei.

Dr. Klotz erwidert, dass die lange Dauer des localen Processes (20 Jahre) diese Diagnose ausschliesse.

Uvula Bifida.

Dr. Gleitsmann stellt einen Mann mit doppeltem Zäpfchen vor. Im hinteren Theil des harten Gaumens existirt ein Knochendefect, der jedoch durch Weichtheile überbrückt ist.

Dr. Gerster meint, dass es sich im vorgestellten Falle um eine Uvula bifida, und nicht um zwei einzelne Zäpfchen handele.

Nieren-Sarkom.

Dr. Lauer, demonstrirte ein, der Leiche eines 64-jährigen Mannes entnommenen primäres Nierensarkom mit der Krankengeschichte. Primäre bösartige Neubildungen der Niere sind selten, zudem stehen, wenigstens im erwachsenen Alter, die Sarkome den Carcinomen entschieden nach, selbst wenn man in Rechnung zieht, dass eine Anzahl ersterer als letzterer beschrieben sein mag. Theils wegen dieser Seltenheit des Vorkommens, theils wegen des diagnostischen Interesses, welches der Fall bietet, hält es der Vortragende für opportun, den Fall ausführlich mitzutheilen.

A. C. Wirth, 64 Jahre alt, befand sich ein halbes Jahr lang bis zu seinem am 28. Februar a. c. erfolgten Tod in der Behandlung des Collegen Kretz, mit dem Vortragender den Fall sah und später obducirte. Dr. Kretz constatirte eine allmälig sich einstellende Kurzathmigkeit, Husten, Dämpfung geringen Grades l. h. u. bald nach Beginn der Erkrankung. Später stellte sich Abmagerung und deutliche Cachexie ein. Eine schon früher bemerkte Lebervergrösserung nahm bald bedeutendere Dimensionen an. Vier Wochen vor dem Exitus wurde in der linken *Regio mesogastrica* eine früher nicht vorhandene Geschwulst bemerkt. Der Urin, welcher öfters untersucht wurde, war normal, nur fanden sich einmal grössere und kleinere Rundzellen darin, welche Dr. Kretz mit Hefezellen verglich. Blut war im Harn nicht nachzuweisen. *Status präsens* (19. Februar 1885): Abgemagerter, cachectisch aussehender mittelgrosser Mann. Respiration mässig beschleunigt. Vier Finger breit hohe Dämpfung am Thorax l. h. u. Herzdämpfung undeutlich; auf dem untern Drittheile des Sternums Schall matter als normal.

Spitzenstoss nicht fühlbar. Ueber der gedämpften Parthie l. h. u. ist pleuritisches Knistern wahrnehmbar, sonst überall scharfes vesiculäres Athmen. In den beiden Spitzen, besonders r. h. o. ziemlich reichliches, feuchtes Rasseln, wenn der Patient hustete. Herztöne normal. Oberbauchgegend mässig vorgewölbt. Leberrand in der rechten Mammillarlinie in der Höhe des Nabels zu palpiren. Von Letzterem steigt derselbe nach links oben auf und erreicht den linken Costalbogen in der linken Mammillarlinie. Oberfläche der Leber glatt, unterer Rand abgestumpft. In der Tiefe unter dem linken Leberlappen, in der linken *Regio mesogastrica* hervorragend präsentirt sich ein apfelgrosser, glatter, fester, stark verschieblicher Tumor. Die Milzdämpfung fliesst nach oben mit der supponirten Lungendämpfung l. h. u. zusammen, nach vorne mit der Dämpfung des linken Leberlappens, nach unten schliesst sie am Costalbogen ab, so dass seitlich in der linken Lumbalgegend tympanitischer Schall zu constatiren ist. *Exitus lethalis* am 28. Februar nach starker Dyspnœ bei erhaltenem Bewusstsein.—Bei Stellung der Diagnose schien zunächst die stark vergrösserte Leber in Betracht zu kommen. Von den, eine bedeutendere Schwellung des Organs herbeiführenden Affectionen konnte Echinokokkus, Amyloid, leukämische Leber, letzere wegen negativen Ergebnisses der Blutuntersuchung ausgeschlossen werden. Es blieben also Fett- und Krebsleber zur engern Wahl. Da nun durch bösartige Neubildungen vergrösserte Lebern mit glatter Oberfläche sehr selten sind, wurde an eine Fettleber gedacht, bei welcher Annahme allerdings auffallend blieb, dass das Organ in wenigen Monaten sich deutlich vergrössert haben sollte. Der oben beschriebene Tumor der linken *Regio mesogastrica* konnte nur auf die Niere bezogen werden, da er vom übergelagertem Leberlappen durch zwischengeschobene Finger leicht zu isoliren war und ein allfalsiger Milztumor der Bauchwand dicht hätte anliegen müssen. Mangelnde anamestische Momente liessen wiederum Hydronephrose, Pyonephrose, Eclinkokokkus, ausschliessen. Das Verhalten der Geschwulst selbst bei ihrer gleichmässigen Glätte und starken Verschieblichkeit schien nicht für eine bösartige Neubildung zu sprechen, wenigstens schildern die Autoren primäre Nierencarcinome als höckerig, von ungleicher Consistenz, spurweise fluctuirend. Es wurde also an eine Wanderniere gedacht, deren untere Hälfte unter dem bedeckenden linken Leberlappen vorgetreten sei, und die Abmagerung des Patienten als Causalmoment angeschuldigt. Als primärer Sitz des Uebels imponirten schliesslich die Lungen, wo ein phthisischer Process vermuthet wurde, indem in beiden Spitzen Rasseln zu hören war und l. h. u. sich allmälig eine Dämpfung entwickelt hatte, auch die Krankengeschichte fast nur von Klagen des Patienten, die sich auf die Respirationsorgane bezogen, zu berichten wusste.

Autopsie 18 *h. p. m.* Oberbauchgegend der abgemagerten Leiche vorgewölbt, Knöchelödem. Nach Eröffnung des Abdomens präsentirt sich die stark vergrösserte, etwas blasse, nach unten, wie vorhin geschildert, begrenzte Leber. Unter dem Peritonealüberzuge durchscheinend und auf Durchschnitten des auf seiner Oberfläche glatten Organs sieht man erbsen- bis bohnengrosse weissliche Herde. Ein in der linken *Regio mesogastrica* unter dem linken Leberlappen hervorragender Tumor von weisslicher Farbe und Apfelgrösse, erweist sich als ein Theil der an normaler Stelle liegenden, bedeutend vergrösserten linken Niere. Zwischen dem bedeckenden Leberrand und der letzteren liegt die *Flexura coli sinistra.* Das obere Ende des Nierentumors reicht

bis zum Zwerchfell, dasselbe in die Höhe drängend; am innern oberen Rande der Geschwulst fingerdicke feste Verwachsungen mit der bedeckenden Leber. Magen medianwärts verschoben. Im stark ausgeweiteten linken Hypochondrium findet neben Leber und Niere noch die uns doppelte vergrösserte, sonst normale Milz Platz. Rechte Niere wenig vergrössert, sonst normal. In dem entsprechend verkleinerten l. Thoraxraum liegt die retrahirte, überall lufthaltige linke Lunge. Auf ihrer Oberfläche sieht man in grosser Anzahl erbsen- bis bohnengrosse, zum Theil stark hervorragende weissliche Knoten. Auf Durchschnitten finden sich ähnliche Gebilde, namentlich in der Spitze und der Basis. Aehnliche Verhältnisse in der rechten Lunge. Herzbeutel nach rechts verschoben. Gewicht des Tumors 2½ Unzen weniger als drei Pfund. Länge 26 cm., Breite 13 cm., Dicke 7 cm. Bei einem in der gewöhnlichen Weise die glatte Geschwulst halbirenden Schnitt zeigt sich, dass abgesehen von den unten aufsitzenden zwei Cysten, von welchen die grössere den Umfang eines Apfels hat, der Tumor in eine obere und untere, histiologisch sich verschieden verhaltende Hälfte zerfällt. Der obere, $\frac{7}{8}$ der Gesammtmasse betragende Theil lässt links oben in der verbreiteten Corticalis eine citronengrosse, gelblich aussehende, auf der Schnittfläche drüsige und sich augenscheinlich im Stadium der regressiven Metamorphose befindliche Geschwulst erkennen, welche überall von einem fibrösen Saum umhüllt ist und peripher zu $^2/_5$ ihres Umfangs die Nierenkapsel tangirt, central sich bis zur Medullarsubstanz erstreckt. Letztere umfasst in der obern Hälfte der Geschwulst zwei Pyramiden, die ums mehrfache vergrössert sind, blassroth aussehen, aber noch eine leichte Streifung erkennen lassen. Die zugehörige, nicht vom Geschwulstknoten eingenommene, etwa 6 cm. breite Corticalsubstanz sieht grau-gelb, homogen aus und fühlt sich gleichmässig fest an. Aus einer der beiden zugehörigen Papillen wuchert Aftermasse hervor. Die untere Geschwulsthälfte besteht aus blasser, etwas atrophischer, sonst normaler Nierensubstanz. Nierenbecken und Ureter normal. Die von der Vorderfläche des unteren Theils des Tumors entspringende grössere Cyste hatte derbe Wände, und einen theils flüssigen, theils breiigen, von Fettkrystallen schimmernden Inhalt. Sie hat das angrenzende Nierengewebe nicht verändert. Die kleinere nach oben und innen von der grösseren befindliche Cyste enthält eine butterähnliche Masse. Dr. Heppenheimer hat Theile der oben beschriebenen infiltrirten Aftermasse, sowie der metastatischen Tumoren mikroskopisch untersucht und festgestellt, dass es sich um ein einfaches kleinzelliges Rundzellensarkom handelt. Bezüglich des Ausgangspunktes des Sarkoms ist wohl an die Kapsel der Niere zu denken, da alle drei eingekapselten Neubildungen erstere berühren. Der infiltrirte Theil der Geschwulst in der oberen Hälfte dürfte wohl als Localinfection der von oben beschriebenen, in die Corticalis eingebetteten Sarkomknoten aus zu erklären sein.

Diskussion.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass er in seiner letzten Arbeit über Nierensarcome bei Kindern 40 Fälle zusammengestellt habe, von welchen nur sehr wenige Metastasen darboten. Gewöhnlich zeigt die andere Niere nur einfache Hypertrophie. Die glatte, kugelige Oberfläche ist für Sarkom characteristisch.

Dr. Weber hat ein Sarkom der Niere bei einem 5jährigen Mädchen beobachtet, bei welchem sich massenhafte, über das ganze Bauchfell

verbreitete Metastasen vorfanden, Leber und Lungen jedoch waren frei geblieben.

Dr. Willy Meyer berichtet einen die Schwierigkeit der Diagnose bei Nierentumoren illustrirenden Fall. Bei einem im Sommer 1884 in die chirurgische Klinik zu Bonn aufgenommenen, circa 4jährigem Kinde, fand sich eine beträchtliche Vorwölbung im rechten Hypochondrium, mit gleichmässig ebener Oberfläche und von kugeliger Gestalt. Ueber derselben war durchweg Dämpfung zu constatiren, die sich nach oben theilweise in die Leberdämpfung verlor, nach innen bis fast an den Nabel reichte, nach unten den Leberrand um gut Handbreite überragte und nach Aussen in die Nierendämpfung überging und somit bis zur Wirbelsäule reichte. Zwischen dem Tumor selbst und seiner scheinbaren Fortsetzung nach hinten rechts, sowie der äusseren Hälfte des unteren Leberrandes war eine schmale Zone tympanitischen Schalls vorhanden. Die Geschwulst folgte prompt den Respirations-Bewegungen der Leber. Ihre Consistenz war weich, pseudo-fluctuirend. Da von Seiten der Nieren nicht die geringsten Erscheinungen vorhanden waren, so wurde nach längerer Controverse eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Leberechinokokkus gestellt, vor Allem wegen der kugeligen, die Leber nach unten überragenden Gestalt, der Pseudofluctuation und des Mitgehens bei den Respirationsbewegungen der Leber. Eine Punktion wurde unterlassen, da ein Ausfluss von Flüssigkeit in die Bauchhöhle vermieden werden sollte und Prof. Trendelenburg Anschneiden und Entleeren der muthmasslichen Cyste in einem Acte mit dem Messer auszuführen gedachte. Bauchdecken und Peritoneum wurden durchschnitten, der vorliegende Theil der Geschwulst wie beim Anlegen eines *Anus praeternaturalis* an die Bauchwandung ohne Mitfassen der Haut, angenäht. Gleich nach Eröffnung der Bauchhöhle fiel die bläulichrothe Farbe, sowie die von einem gewaltigen Venennetze durchzogene Oberfläche des Tumors auf. Eine kleine Incision lieferte denn auch, wie nach diesem Befunde vorauszusehen, nur wenige Tropfen Bluts, anstatt der wasserklaren Echinokokkusflüssigkeit. Zu erwähnen ist, dass der Tumor deutlich sichtbar die auf- und absteigenden Bewegungen der Leber mitmachte. Da die Eltern des Kindes weder vor noch nach der Operation die Erlaubniss zu einem grösseren Eingriffe gaben, so musste von einer Exstirpation des retroperitoneal gelegenen Sarcoms, sei es nun, dass dasselbe von der Niere oder den retroperitonealen Lymphdrüsen ausging, Abstand genommen werden. Das Kind wurde nach zwei Wochen mit fast völlig geheilter Wunde nach Haus entlassen.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass er das Semifluctuationsgefühl bei Nierensarkomen nie vermisst habe, auch da nicht, wo keine Cysten vorhanden waren.

Dr. Gerster nahm Bezug auf den Befund an dem vorliegenden Präparat, wo Sarkommasse knopfförmig in einen Nierenkelch hineingewuchert erscheint und schien es ihm gerechtfertigt zu sein, einen sonderbaren Fall von spontaner Hodengangrän mit Nierensarkom folgendermassen zu deuten: Ein kräftiger Fleischer wurde unter schweren septischen Erscheinungen mit einer sehr acut aufgetretenen, spontanen Hodengangräne der rechten Seite in das Hospital aufgenommen. Das enorm vergrösserte Organ, sammt einem grossen Theil der nekrotisch gewordenen Scrotalhaut wurden abgetragen, worauf die Wunde rasch heilte und der Patient sehr bald geheilt entlassen wurde. Etwa fünf Monate später kehrte derselbe Patient mit einem enorm gross gewordenen Nierensarkom an derselben Seite, in's Hospital zurück und ging sehr

bald marastisch zu Grunde. Das bei der Castration gewonnene Präparat war zur Zeit der Operation schon so faul, dass eine mikroskopische Diagnose nicht mehr möglich war. Augenscheinlich war hier das Nierensarkom das Primäre gewesen und lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass aus einem, in die rechte *Arteria spermatica interna* eingewuchertem Sarcomfortsatz, ein Embolus in die Endpartien des, den Hoden ernährenden, Gefässes eingeschleppt wurde und der darauf folgende hämorrhagische Infarct das Volumen des Organs so enorm vergrösserte und zu gleicher Zeit das Absterben desselben bewirkte.

Dr. Engelsmann erwähnte einen Fall von Sarkom des Hodens, der von Dr. Dumreicher operirt wurde und der wenige Monate darauf starb. Bei der Sektion fand sich ein Nierensarkom auf derselben Seite, auf welcher der Hoden exstirpirt worden war. Es ist möglich, dass die Geschwulst primär in der Niere aufgetreten war, und die Infection des Hodens durch Embolie auf dem Wege der *Arteria spermatica* stattfand.

Dr. Seibert erinnert als Beleg für die Thatsache, dass selbst grössere Sarkome anderer Organe ausser den Nieren ohne Metastasen gefunden werden, an zwei Präparate, die er vor einigen Jahren demonstrirte. Im ersten Fall wurde ein primäres Lebersarkom bei einem 40jährigen Mann *intra vitam* diagnosticirt, welches bei der Obduction 25 Pfund wog. Es waren absolut keine Metastasen zu finden. Im zweiten Falle exstirpirte Dr. Seibert ein drei Pfund schweres Hodensarkom bei einem 54jährigen Mann im Herbst 1881. Derselbe ist seither gesund geblieben, folglich waren zur Zeit der Operation keine Metastasen vorhanden trotz der bedeutenden Grösse des Tumors. Auf Anfrage erwähnt

Dr. A. Jacobi, dass Kinder mit Nierensarkom sich gewöhnlich sehr lange Zeit im Allgemeinen wohl befinden und führt als Beispiel ein Kind an, bei welchem schon im ersten Lebensjahr die Existenz eines solchen Tumors constatirt und das doch acht Jahre alt wurde. Aehnliche Fälle wurden von Dr. Van Beil und Dr. Gay veröffentlicht.

Dr. Lauer bemerkt, dass ein ähnliches Verhalten im Befinden der Patienten auch bei Nierencarcinomen beobachtet wurde. In solchen Fällen zeigen Kranke noch lange nach dem Auftreten von Hämaturie, durch welche der Beweis hergestellt wird, dass die Nieren schon erkrankt sind, ein blühendes Aussehen.

In dem Verein deutscher Aerzte zu St. Louis hielt Dr. Joseph Spiegelhalter einen Vortrag über die „Therapie der Cholera," welcher in der *Weekly Medical Review* (19. December 1885) veröffentlicht ist.

Nach einer ziemlich ausführlichen Darlegung der Koch'schen Entdeckung der Kommabacillen und ihrer vermutheten aetiologischen Wirksamkeit, besprach er die verschiedenen therapeutischen Maassregeln, welche bereits in verschiedenen Epidemien probirt worden sind. Die Zahl der angewendeten Mittel ist zwar nicht sehr gross. Opium und seine Präparate, Adstringentien und Analeptica, zu welchen Letzteren ausser Aether auch kalte Begiessungen, Sauerstoff und Faradisation zu rechnen sind, umfassen die hauptsächlichsten.

Der Redner selbst ist nun der Ansicht, dass das Terpentinöl möglicherweise berufen sei, in der Therapie der fürchterlichen Seuche eine grosse Rolle zu spielen. Die parasiticide Wirkung desselben (welche Koch zu seiner (S.) Verwunderung in seinen bekannten Unter-

suchungen nicht berücksichtigt) hat er im Secessionskriege auf das Vortheilhafteste kennen gelernt. Damals wusste man noch nichts vom Carbol und Jodoform und das Terpentinöl wurde wegen seiner ausgezeichneten lokalen sowie allgemeinen antiseptischen Eigenschaften bei der Behandlung von Wunden mit vorzüglichen Erfolgen angewendet.

Er griff daher bei der Behandlung von Diphtherie zu diesem Mittel und sah davon die schönsten und unerwartetsten Erfolge. Er giebt stets Drachmen-Dosen (4,0 g.) ohne jedwede unangenehmen Nebenerscheinungen (Strangurie, Nephritis etc.); eine vorübergehende drastische Wirkung war das Einzige, was er beobachtete. Diphtheritische Geschwüre, die jeder anderen Behandlung widerstanden, schwanden z. B. nach etwa 6 Dosen (25,0 g) in zwei Tagen.*

Die Wirkung auf den Darm scheint ihm zu beweisen, dass das Oel in grossen Dosen in den Darm hinunter gelangt und desshalb in directen Contact mit denjenigen Stellen kommt, welche nach Koch den Lieblingssitz der Kommabacillen während ihrer Proliferation bilden. Aus demselben Grunde hält er auch beim ersten Anfange der Krankheit eine Drachme Calomel für sehr rathsam.

Das Terpentinöl erfüllt aber nach Dr. S. auch noch andere Indicationen. Es erzeugt ein bedeutendes Wärmegefühl, röthet die Haut und beschleunigt die Circulation des Blutes. Dabei ist aber keine nachtheilige Wirkung auf das Centralnervensystem vorhanden, während beim Typhöswerden der Krankheit kleine Dosen des Oeles zur Durchfeuchtung der trockenen Zunge, zur Behebung der Tympanites und Reinigung der Darmgeschwüre von unzweifelhaftem Nutzen sein müssen.

Personalien etc.

Privat-Docent Dr. Kratschmer ist zum Professor der Chemie an der Wiener Universität vorgeschlagen worden.

Prof. Dr. Victor Babes (Budapest) ist vom ungarischen Ministerium des Innern nach Paris entsendet worden, um „die Heilmethode Pasteur's gegen Wasserscheu und Hundswuth zu studiren und in Ungarn zu verwerthen."

Privat-Docent Dr. Janosik ist zum Professor der Histologie and Embryologie an der (czechischen) Universität zu Prag ernannt worden.

Prof. Filehne (Erlangen) hat dem jüngst von Breslau an ihn ergangenen Rufe Folge geleistet.

Nach dem 'North Carolina Medical Journal' geht man in Wilmington mit dem kühnen Gedanken um, eine medizinische Schule daselbst zu gründen, da der Staat Nord Carolina noch kein derartige *College* innerhalb seiner Grenzen umschliesst.

Prof. Sattler, *bisher in Erlangen*, ist als Professor der Ophthalomologie nach Prag berufen worden.

Dr. Franz Tappeiner *in Meran*, hat am 6. Januar seinen siebzigsten Geburtstag gefeiert, und wurde dieser Tag sowohl von seinen Mitbürgern, wie von engeren und weiteren medizinischen Kreisen gebührend gefeiert. Auch die vielen Tausende in aller Herren Länder, welche ihn näher kennen zu lernen Gelegenheit hatten, werden ihm im Stillen einen frohen Glückwunsch zurufen.

Als Subvention für die zoologische Station Prof. Dohrn's in Neapel hat der Reichstag wiederum 30,000 Mark bewilligt.

In einer am 13. *Januar* abgehaltenen öffentlichen Sitzung des betr. Ausschusses der *Oesterreichischen Gesellschaft für Gesundheitspflege* wurde einstimmig beschlossen den nächsten (6) hygienischen Congress, welcher laut Beschluss des 5. hyg. Congresses zu Haag in Wien tragen soll, auf das Jahr 1887 zu verschieben, um die nothwendigen umfassenden Vorbereitungen zu treffen. (Vielleicht verhilft dieser Umstand Oesterreich zu einem Reichsgesundheitsamte und Wien zu einen hygienischen Institute!?)

Prof. Fuerbringer (Jena) ist zum dir. Arzte des Krankenhauses im Friedrichshain (Berlin) ernannt worden.

* Seine Resultate bei Diphtherie beabsichtigt Dr. S. nächstens ausführlich zu berichten.

Die Redaktion der "*Gazette hebdomadeire*" wird an Stelle des verstorbenen Dr. Dechambre (S. No. 3) Dr. L. Lereboullet übernehmen und zwar mit Zustimmung sämmtlicher Mitglieder des Redaktions-Comité's.

Die Berliner Poliklinik ist, wie uns mitgetheilt wird, diejenige Anstalt, welche von fremden Medizinern, besonders Amerikanern, ziemlich stark frequentirt wird. Die Facilitäten für Lernende sind daselbst, sowohl was Material, wie was Docirende anlangt, ausgezeichnet und mehrere der daselbst Kurse gebenden Herren (u. a. Dr. Baginsky) mit der englischen Sprache genügend vertraut, was diese Vorliebe wohl erklärlich macht.

Todtenliste.

Prof. Oscar Schmidt, der Strassburger Zoologe, welcher sich durch den Nachweis verdient gemacht, dass Goethe als ein Vorläufer von Darwin zu betrachten ist.

Prof. Luchsinger, von der Züricher Universität.

Prof. Santesson, von dem Carolinischen Institute zu Stockholm.

Dr. Austin Flint sen., am 13. März in New York.

Dr. RICHARD STAEHLIN,

Gestorben am 27. Februar 1886. in Newark, N. J.

Samstag wurde uns ein College entrissen, welcher trotz seines verhältnissmässig jugendlichen Alters sich eine geachtete Stellung nicht nur unter den Collegen, sondern auch bei allen seinen Mitbürgern erworben hatte.

Sohn deutscher Eltern eignete sich der Verstorbene, welcher 1851 zu Newark geboren wurde, an der „High School" seiner Vaterstadt eine gründliche allgemeine Bildung an, um sich dann unter Dr. Lehlbach's Anleitung dem Studium der Medizin zu widmen. Im Jahr 1873 promovirte er in dem College of Physicians and Surgeons in New York, und praktizirte in dieser Stadt als Hausarzt des deutschen Hospitals. Nach 18 Monaten gab er diese Stellung auf, um eine Studienreise nach Europa anzutreten. Zunächst wandte er sich nach Strassburg, wo er ein Jahr lang Waldeyer und Recklinghausen hörte, dann nach Wien, wo er ein weiteres Jahr mit dem Besuche von Hospitälern, Kliniken u. s. w., verbrachte. Derartig theoretisch und praktisch vorbereitet, begann er seine selbstständige Praxis in Newark mit ganz aussergewöhnlichem Erfolge.

Ward Staehlin in seiner Eigenschaft als praktizirender Arzt vom Glücke begünstigt, so wurde er als Mensch in noch höherem Grade vom Unglück verfolgt. In rascher Folge verlor er beide Eltern und vor wenigen Monaten seine geliebte Frau. Seine schwache Konstitution konnte diesen Schlägen nicht widerstehen und er begann zu kränkeln, ohne indess irgend welche ernste Symptome zu zeigen. Eine plötzliche Bewusstlosigkeit, deren Ursache (*Meningitis tuberculosa*) erst durch die Sektion klar wurde, führte nach 6 Tagen zum Tode.

Staehlin war Mitglied der *Essex County Medical* und der *Newark City Medical Association*; er war Arzt am Deutschen und am städtischen Hospital, sowie einer der Direktoren letztgenannter Anstalt.

Staehlin war eine offene, biedere und treuherzige Natur; er war der Typus des tüchtigen jungen Deutsch-Amerikanerthum's.

Sein Name aber wird unter uns weiter leben und da wo man von tüchtigen deutsch-amerikanischen Aerzten spricht, da sollte seiner auch nicht vergessen werden.

Newark, N. J., den 3. März 1886. Edward J. Ill.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. I. New York, den 15. April 1886. No. 5.

Erfahrungen über Electrolyse bei Hautkrankheiten.

Von Dr. C. Heitzmann.

Der glänzende Erfolg der Electrolyse in der dauernden Entfernung überflüssiger Haare, worüber ich in No. 1. dieser Zeitschrift berichtet habe, lud naturgemäss zu weiteren Experimenten ein, um krankhaft veränderte Gewebe, sowohl epithelialer wie bindegewebiger Natur, zu zerstören. Von vornherein musste man dabei über zwei Punkte klar sein. Erstens, dass nur der negative Pol zur Anwendung kommen könne, da der positive Blutextravasate und lang anhaltende Pigmentablagerung hervorruft; und zweitens, dass man vom Strome nicht verschorfende, sondern nur entzündungserregende Eigenschaften verwerthen dürfe; denn zur Verschorfung besitzen wir eine Anzahl von Aetzmitteln, deren Anwendung weit weniger schmerzhaft ist, als jene starker galvanischer Ströme. Die Krankheitsformen, bei welchen ich in den letzten fünf Jahren mit der Electrolyse Versuche angestellt habe, sind folgende:

Angiom, Blutgefässneubildung in der Gesichtshaut. Schon Dr. W. A. Hardaway, (St. Louis), der die Electrolyse zuerst zur Entfernung entstellender Haare im Gesichte angewendet hat, und später Dr. George H. Fox (New York), haben über die erfolgreiche Anwendung dieser Methode zur Zerstörung von Angiomen (Feuermälern) berichtet. Selbstverständlich konnte es sich nur um flache Angiome handeln, welche in der oberflächlichen Lage des Derma, bald nach der Geburt auftreten, und entweder stationär bleiben, oder sich ganz allmälig verbreiten. Die tiefgreifenden lobulären und cavernösen Angiome konnten zwar Objecte des Messers oder der Galvanocaustik sein, nicht aber der Electrolyse. Weniger wichtig schien die Ausbreitung des Uebels zu sein, da man erwarten durfte, durch zahlreiche Einstiche, und wiederholte Applicationen der Nadel eine hinreichend starke Entzündung zu erzeugen, um Obliteration der neugebildeten Blutgefässe zu erzielen.

Ich machte mich zunächst an flache, punktförmige Angiome des Gesichtes, wie man solchen ungemein häufig, von den Patienten selbst sogar nicht immer beachtet, begegnet. In mehreren Fällen gelang die Zerstörung nach einmaliger Anwendung stärkerer, mässig schmerzhafter Ströme, und blieb die Heilung eine dauernde. In anderen Fällen, wo das Angiom etwa die Grösse eines Hanfkorns erreicht hatte, gelang zwar die Entfernung des Uebels nach zwei- oder dreimaliger Anwendung der Electrolyse, aber nach 3, 6 oder 12 Monaten war das Angiom wieder da. Augenscheinlich wurden nicht sämmtliche Gefässe zerstört, oder war die Entzündung nicht hinreichend intensiv, um sämmtliche Gefässe zur Obliteration zu bringen, — das Uebel kehrte früher oder später wieder.

In einem Falle, wo bei einem zwölfjährigen Mädchen in der Mitte des Nasenrückens eine etwa einen Zoll in dem Durchmesser haltendes flaches Angiom vorhanden war, hatte ich durch zehnmalige Anwendung der Electrolyse, in jeder Sitzung etwa 20 Nadelstiche, ein Abblassen der Röthung erzielt, aber das Areal des Angioms nahm unter der elektrolytischen Behandlung, die sich auf mehrere Monate erstreckte, langsam zu, und ein permanenter Erfolg konnte nicht erzielt werden.

In dem Falle einer 30jährigen Frau sass unter dem linken Mundwinkel ein mässig vorgewölbtes, blaurothes Angiom vom Umfange eines 10-Cent Stückes. Zwölfmalige Anwendung starker elektrolytischer Ströme brachte das Colorit des Angioms auf dunkel-rosa zurück. Später wurde Salpetersäure mit vortrefflichem Erfolge angewendet.

Meine Erfahrungen sprechen demnach keineswegs zu Gunsten der Behandlung flacher Angiome mittelst Elektrolyse. Wir müssen eben zu dem einfachsten und ältesten Mittel, zur Aetzung, zurückkehren. Bei der Aetzung handelt es sich um Zerstörung des krankhaften Gewebes, indessen lässt sich bei vorsichtiger Behandlung in der Regel eine flache, kaum störende Narbe erzielen, insbesondere, wenn man das Aetzmittel mittelst eines fein zugespitzten Buchsholzstiftes anwendet. Am besten eignet sich zur Aetzung die concentrirte (nicht rauchende) Salpetersäure, deren Wirkung man ziemlich leicht berechnen kann. Die von Hutchinson (London) empfohlene concentrirte alcoholische Lösung von Sodium-Aethyl habe ich in einer Anzahl von Fällen mit gutem Erfolge angewendet, bin aber schliesslich doch zur Ueberzeugung gekommen, dass dieses Mittel über die Salpetersäure keine nennenswerthen Vortheile besitzt.

Die Entfernung grosser, flacher Angiome aus dem Gesichte ist ein noch nicht völlig gelöstes Problem. Dr. Sam. Sherwell (Brooklyn) hat früher Akupunktur mit darauffolgendem Collodium-Verbande verwendet, aber von dieser Methode auch nicht das gewünschte Resultat gehabt. Dr. George H. Fox hat neuerdings die oberflächliche Anwendung der Salpetersäure in gewissen, etwa ¼ zölligen Distanzen empfohlen. Die besten Resultate hatte er vom Glüheisen, welches er nahe über die Haut streifte, ohne dieselbe zu berühren. Die Frage ist nur, ob das Verblassen des Angioms ein dauerndes bleibt? Stichelungen sind fast ganz verlassen, eben weil das Ergebniss kein bleibend günstiges ist.

Bei Rosacea des Gesichtes, zumal der Nase, habe ich öfters starke electrolytische Ströme angewendet, und zwar sowohl bei der vasculären Form zur Zerstörung der erweiterten Gefässe, wie auch bei der Acne-Form zur Lösung des infiltrirten Gewebes und zur Verödung erweiterter Talgdrüsen. Erweiterte Gefässe werden direct mit der Nadel angestochen und der Strom in solcher Intensität eingeleitet, dass der Patient den Schmerz eben ertragen kann, wenn auch dabei die Thränen reichlich fliessen. Bei hinreichend langem Einwirken des Stromes erscheint kein Tropfen Blut. In zwei Fällen intensiver vasculärer Rosacea habe ich auf diese Weise rasche und vollständige Heilung erzielt, die auch permanent genannt werden darf, da nach einem, resp. anderthalb Jahren die Blutgefässe verschwunden blieben. Ich kann die diesbezüglichen Angaben von Dr. W. A. Hardaway vollauf bestätigen, und die Methode sehr empfehlen. Dieselbe verdient sicherlich den Vorzug über das Spalten der Gefässe mit der Lancette, und Aetzen der Wunde; schon deshalb, weil die Elektrolyse keine namhafte wenn auch temporäre Ent-

stellung des Gesichtes erzeugt. Weniger günstig war der Erfolg des Einführens der Nadel in die stark erweiterten Balgdrüsen der Nase bei Acne rosacea, mit fortwährender Aenderung der Stellung der Nadelspitze, gleichfalls mit starken, eben erträglichen Strömen. Die Application ist mühsam, schmerzhaft, und führt nur langsam zum Ziele, während die Verschrumpfung der Balgdrüsen durch Einführung von *Liquor Ferri sesquichlorati* mittelst eines zugespitzten Buchsholzstiftes in einer weniger schmerzhaften Weise viel rascher erreicht werden kann. Auch behufs Lösung harter Infiltrate hat mir die Elektrolyse weniger geleistet, als die Stichelung. Indessen möchte ich gerade in diesem Punkte nicht vorschnell urtheilen, da meine Erfahrung keine sehr reiche ist.

Dr. W. A. Hardway empfahl die Elektrolyse zur Entfernung von sehr dunklen Pigmentflecken auf der Gesichtshaut, sogenannten Epheliden, indem er die Nadel auf der Oberfläche der Haut tanzen liess, ohne in die Haut einzudringen. Ich habe diese Methode nicht geübt, da durch Application der folgenden Salbe, jeden anderen Tag, fast jedesmal, wenn auch sehr allmälig Schwund der Pigment-Flecke, eintrat:

R. *Hydrarg. ammon. muriat.* 3,75
Magist. Bismuthi 3,5
Ungti. Glycerini 30,0.

Bei einer 40-jährigen, stattlichen Frau war, nahezu plötzlich, auf der linken Wange ein purpurrother, scharf begrenzter Fleck vom Umfange eines Silberdollars aufgetreten, und hatte jahrelang aller localen Behandlung, auch dem galvanischen und faradischen Strome, getrotzt. Hier liess sich kaum ein anderes aetiologisches Moment annehmen, als partielle Sympathicus- (vasomotorische) Lähmung. Ich entschloss mich endlich, die Elektrolyse zu versuchen, indem ich erwartete, dass flache Narben entstehen würden, die die entstellende Röthe verdecken würden. Der Erfolg war aber negativ, trotz häufig wiederholter und zahlreicher Akupunkturen. Nicht nur vertrug die Dame sehr starke Ströme ohne besondere Schmerzen, sondern es folgte auch keine Reaktion, und keine bemerkenswerthe Narbenbildung. Nach zweimonatlicher Application der Elektrolyse (wöchentlich einmal Sitzung), war der purpurrothe Fleck nahezu verschwunden; eine heftige Gemüthsbewegung genügte aber, das Uebel wieder in der alten Intensität auftreten zu lassen. Weitere, mehrmonatliche Behandlung hatte nicht den geringsten Erfolg.

Ein Fall von Aneurysma der Subclavia sinistra; Compression, Acupunctur und Versuch der Unterbindung durch Dr. F. G. Richardson.

Von Dr. Charles McShane, New Orleans.

Dr. F. G. Richardson, Professor der Chirurgie an der *Tulane University* nahm neulich während einer seiner klinischen Vorlesungen zwei Operationen vor und zwar waren beides Fälle von Aneurysma. Der erste Fall war der eines weissen Mannes, welcher an Aneurysma der linken Subclavia litt; der zweite, der eines alten Negers, welcher ein Aneurysma der linken Iliaca hatte. Die Anamnese des ersten Falles ist folgende:

T. B. 47 J., in Irland geboren, Taglöhner, früher dem Trunk ergeben, jetzt in gutem Allgemein-Zustande. Mitte August 1885 begann er Schmerzen in der linken Schulter über dem Schlüsselbein und den Arm herab zu fühlen. Diese Schmerzen verschwanden während der Arbeit. Im September bemerkte er eine kleine pulsirende Geschwulst über der Mitte des linken Schlüsselbeins. Diese wurde von dieser Zeit an allmälig grösser und mit dieser Vergrösserung der Geschwulst nahmen die Schmerzen zu, so dass er selbst nicht mehr zu schlafen vermochte. Er trat am 19. Oktober 1885 in das hiesige *Charity Hospital* ein. Bei seinem Eintritt fand man ein Aneurysma der *Art. Subclav. Sinistra*, ungefähr halbfaustgross über und vor dem Schlüsselbein: Gleichmässige Ausdehnung der Geschwulst bei jedem Herzschlag, Vibration und *Bruit* waren sehr deutlich. Der linke Puls war merklich schwächer als der rechte. Der linke Arm war cyanotisch und sehr schmerzhaft. Der Arm war taub (ohne Gefühl) und stets kalt.

Die innere Behandlung bestand aus Jodkalium und Sarsaparilla, später *Veratrum viride*.. Dabei durfte der Kranke nur sein Bett verlassen, um die Nothdurft zu verrichten. Da sich die Geschwulst fortwährend vergrösserte, wurde am 27. November eine elastische Binde um den Leib und über die linke Schulter gelegt und unter Anwendung einer Compresse über dem Aneurysma befestigt. Diese Binde verursachte dem Kranken solche Schmerzen, dass sie am folgenden Tage wieder abgenommen werden musste. Am 8. December versuchte man die directe Compression in anderer Weise. Ein Gürtel wurde um die Brust geschnallt, ein elastischer Riemen lief über die Schulter und war vorn und hinten am Gürtel befestigt. Eine Compresse bestehend aus einem durchlöcherten Korkstückchen mit Rosshaar verstopft und mit Bockleder überzogen, wurde über der Geschwulst unter dem elastischen Riemen angebracht. Der Kranke regulirte die Compression selbst.

Die Compression wurde einen Monat hindurch fortgesetzt. Es trat keine Besserung ein; die Geschwulst vergrösserte sich, aber nicht so rasch als vor der Anwendung der Compression. Dr. Richardson führte nun (am 6. Januar d. J.) neunzehn Acupuncturnadeln oben und seitlich in die Geschwulst ein; mehr konnten nicht verwendet werden, da es an Raum gebrach. Es war dies das erste Mal, dass Dr. R. die Acupunctur in den 40 Jahren seiner Praxis anwandte. Günstige Berichte über dieselbe in den letzten Jahren bewogen ihn dazu und war er der Meinung, dass nur eine zu geringe Anzahl von Nadeln ein Misslingen verschulden könnte. Trotz der grossen Anzahl von Nadeln fand jedoch kein Gerinnen statt und am 9. Januar waren acht oder zehn der Nadeln unter der Haut, die etwas entzündet war, verschwunden. Am 11. Januar wurden sieben Nadeln entfernt. Der Zustand des Kranken besserte sich indessen nicht; die Geschwulst vergrösserte sich mehr und mehr und etwas musste gethan werden. Es war beinahe unmöglich die Subclavia in ihrem ersten Theile zu unterbinden, da wegen der benachbarten Gefässe und Nerven sehr wenig Raum zum Präpariren verfügbar gewesen wäre. Doch sollte es wenigstens versucht werden.

Am 13. Januar wurde Patient daher anaesthetisirt und der Versuch gemacht die Subclavia in ihrem ersten Theile zu unterbinden. Als die Arterie blosgelegt ward, fand man sie ausgedehnt und ihre Wände sehr dünn. Als Dr. Richardson nun die Ader mit dem Griffe des Messers herauspräpariren wollte, zerriss sie. Charpie wurde in die Wunde gestopft und die Operation aufgegeben. Während der Charpieverstopfung barst der Sack des Aneurysma gerade unter dem Schlüsselbein und

eine reichliche Blutung fand statt, die jedoch bald durch Einpacken von Schwämmen und Compressen gestillt wurde. Patient wurde vom Operations- nach dem Kranken-Zimmer gebracht und immer halb unter dem Einfluss von Morphium erhalten. Die Diät bestand aus Eiern, Eierpunsch etc.

Am 14. Januar war der Zustand des Kranken ziemlich gut; wenig Blutung hatte stattgefunden; er hatte kein Fieber; der linke Arm starr (ohne Gefühl), Temperatur jedoch wenig erhöht. Am nächsten Tage war Patient schwächer, Temperatur $98\frac{3}{5}$, kein Gerinnen in der Geschwulst. Dr. Richardson spritzte nun in das Aneurysma eine halbe Drachme einer schwachen Lösung Eisenchlorid — ohne den mindesten Erfolg. Am 16. Januar um 5 Uhr Morgens wurde der wachehabende Student an's Bett gerufen. Unter den Compressen, die sich ein wenig verschoben hatten, rieselte ein kleiner Blutstrom hervor. Patient lag im Delirium; sein Puls war schwach, schnell und weich. Die Compresse wurde wieder in Ordnung gebracht und die Blutung gestillt. Die Wunde hatte einen sehr üblen Geruch. Dr. Richardson injicirte hierauf wiederholt eine halbe Drachme Eisenchlorid-Lösung in das Aneurysma, doch fand keine Gerinnung statt. Patient wurde schwächer und semi-comatös. Um 2 Uhr entfernte Dr. R. die übelriechenden Compressen; es fand eine bedeutende Blutung statt, welche durch Ausstopfen mit in Monsel'sche Lösung getauchten Lintstückchen und darüber befestigten, gefalteten Handtüchern nicht ganz gestillt werden konnte. Der Patient verschlimmerte sich schnell und starb um $4\frac{1}{2}$ Uhr.

Section: Herz nicht vergrössert; Klappen normal; Aorta hatte dicht oberhalb ihres Ursprunges eine fusiforme Ausdehnung, welche selbst wieder kreisförmige Erweiterungen hatte. An der vorderen Wand, gegenüber dem Ursprunge der Innominata, fand sich ein flaches sacculirtes Aneurysma, von der Grösse eines Hühnereies. Im Innern desselben wurde ein Coagulum gefunden. Die linke Subclavia war in ihrem ersten Theile wenig ausgedehnt und scheinbar normal; im zweiten Theile begann ganz plötzlich die Erweiterung, welche in das den dritten Theil einnehmende Aneurysma überging. Das letztere reichte in den Hals hinauf, zwischen Pleura und Rippen hinab und nach vorn dem Laufe der Arterie folgend, zwischen das Schlüsselbein und die erste Rippe, den ersten Theil der Subclavia theilweise umschliessend.

Der im Thorax selbst liegende Theil des Aneurysma hing mit der Pleura und den Rippen zusammen; der äusserste Theil hatte die theilweise Resorption der ersten Rippe verursacht. Die verlorenen Acupuncturnadeln wurden im oberen Theile der Geschwulst gefunden und hatte sehr wenig Gerinnung um dieselben herum stattgefunden. Eine grosse Oeffnung in der Geschwulst fand sich unmittelbar unter dem Schlüsselbein. Die linke Vena innominata, wo sie in das sacculirte Aneurysma überging, communicirte mit dem Sack und war beinahe verstopft; man konnte kaum eine Hohlsonde durch dieselbe hindurchführen.

Zur Behandlung des Abortus.

Vortrag, gehalten von Dr. Marcell Hartwig, Buffalo, vor der *Buffalo Obstetrical Society*, am 24. November 1885.

(Schluss.)

In Betreff der Unwirksamkeit des früheren Verfahrens den Inhalt des Uterus herauszubefördern, kann ich ein recht interessantes Beispiel aus meiner Praxis anführen. Eine Frau, die einen intrauterinen Stab wegen Anteflexio—vielleicht auch um Conception zu verhindern—trug wurde während des Tragens besagten Stäbchens dennoch schwanger. (Nur sehr wenig Beispiele dieses Vorkommnisses existiren; mir sind in der Literatur nur zwei bekannt.) Sie abortirte nach 2 Monaten. Der Foetus entschlüpfte, die Placenta blieb zurück. Am nächsten Morgen war die Temperatur schon 106° F. Ich consultirte mit Dr. Mynter, der den Uterus, dessen Os weit genug erschien, mit Finger und Forceps zu entleeren versuchte. Da er mit Recht vermuthete, dass ihm die Entleerung nicht vollständig gelungen war, wurde der verstorbene Dr. James P. White, damals Professor der Geburtshilfe am *Buffalo Medical College* hinzugezogen. Dieser wandte abermals Mynter's Verfahren an. Später injicirten wir 4 proc. Carbolsäurelösung und liessen 24 Stunden lang ein Drainrohr im Uterus, von Zeit zu Zeit dieselbe Lösung durch dasselbe injicirend. Dieses Verfahren glaube ich übrigens selbst zuerst angewandt zu haben; mindestens habe ich es benutzt bevor Schede dessen Anwendung empfahl. Nach 3 Tagen kamen noch Stückchen Placenta zum Vorschein. Man sieht also, wie unvollkommen das Verfahren von Boeters selbst in sehr geübten Händen sein kann. Das Fieber verminderte sich indess rasch und nach 11 Tagen war die Frau reconvalescent; indess scheint eine Salpingitis purluenta zurückgeblieben zu sein, denn 3 Monat später entstand eine Peritonitis im linken Hypogastrium, woselbst eine gewisse Empfindlichkeit die ganze Zeit über bestanden hatte. Diese Peritonitis scheint nun wiederum der erste Anlass zu metastatischer putrider Pneumonie gewesen zu sein. Nach zwei weiteren Monaten waren Peritonitis und Pneumonie vorüber und die Patientin erholte sich vollständig. Eine besondere Empfindlichkeit der Ovarialregion blieb indess zurück und wäre die Patientin nicht an einem Carcinom gestorben, so hätten die Salpingitis oder sagen wir allgemeiner, so hätten die Entzündungsreste am Ende noch einmal zu schaffen machen können. Dieses Beispiel zeigt in auffallender Weise die ungeheure Verantwortlichkeit, die dem Arzte bei Behandlung des Abortus obliegt, da wir grade bei diesem durch entsprechende Behandlung sehr viel erreichen und eine Anzahl von Leiden, ja selbst den tödtlichen Ausgang verhindern können.

Eins der ausgezeichnetsten Mittel, die uns diesen Erfolge zu verschaffen vermögen, ist das von Boeters eingeführte, antiseptische Auskratzen der Uterushöhle. Dasselbe scheint Alles zu leisten, was wissenschaftlich als Desideratum erscheint; es scheint die Acme geburtshilflichen Könnens in dieser Beziehung zu sein, möge man die Drainage nachfolgen lassen oder nicht. Die Beweise für den Werth des Verfahrens sind bereits überwältigend und es mag unnöthig erscheinen, dass ich meine eigene Erfahrung darüber berichte. Indess glaube ich, dass die Erfahrungen des Vortragenden — seien sie auch noch so gering — für die Hörer überzeugender sind als die Anderer, seien sie auch viel zahlreicher. Ich werde also die meinigen berichten; vorerst will ich indess die dritte Möglichkeit in's Auge fassen, der wir uns beim Abortus

gegenüber befinden können, im Augenblicke, wo wir die Kranke zu Gesicht bekommen: die des Vorhandenseins von septischen oder entzündlichen Complicationen.

Mehrere Jahre hindurch hatte ich meine Zweifel ob actives Einschreiten bei solchen Zuständen passend sei oder nicht; indess bin ich jetzt über diese Zweifel hinaus. Natürlich können sehr verschiedene Zustände vorgefunden werden, wenn die Behandlung des Abortus nicht von vorneherein in Händen des Arztes war und gesunder Menschenverstand wird immer zu richtiger Beurtheilung und Behandlung derselben nöthig sein.

Gewisse Cardinalsätze werden indess immer gelten und diese sind: So lange die geringste Aussicht vorhanden, dass mit gründlicher antiseptischer Auskratztung die Ursache des septischen, resp. entzündlichen Zustandes vollständig entfernt werden kann, sollte das Auskratzen vorgenommen werden. Bei zweifelhaften Fällen gebe man dem Patienten die Vortheile der Anwendung des Curettements.

Nur wo der Tod unabwendbar erscheint und der Patient die Narkose nicht mehr aushalten könnte oder wo ausgedehnte Phlebitis der Beckenvenen zweifellos scheint, enthalte man sich des Curettement's.

Vielleicht hätte ich durch muthigeres Vorgehen zwei Leben erhalten können. Ich will Ihnen die Fälle kurz berichten; Sie mögen selbst urtheilen.

Ich wurde zu einer Frau mit ausgesprochener Peritonitis gerufen. Drei Tage vorher war der Foetus abgegangen. (Wahrscheinlich war es ein crimineller Fall.) Ich enthielt mich aller Ausräumung des Uterus und nach 3 Tagen war die Frau todt. Man könnte nun denken, die Frau wäre auf alle Fälle verloren gewesen; allein warum gelang es mir kurz darauf eine andere Frau zu erhalten, die ich in genau demselben Zustand nach rechtzeitiger Entdeckung vorfand und bei der ich den Uterus energisch mit antiseptischen Mitteln reinigte.

Ob da erst eine Plaenata zu entfernen war, um Asepsis des Genitalkanals herbeizuführen oder nicht, bleibt sich für die Theorie gleich. Der Effect muss derselbe sein so lange das Gift, welches die Peritonitis erzeugte, sich nicht schon in der Peritonealhöhle festgesetzt hatte. Dass solches nicht der Fall war, beweist aber das Factum der Genesung. Es scheint mir, dass so lange die Peritonitis nicht voll entwickelt ist, der Prozess der Zellenthätigkeit seitens des Organismus das (organisirte) Gift zerstören könne und dass eine Heilung möglich sei, wenn frischer Nachschub aus der Uterinhöhle nicht mehr eintritt. Wäre diese Theorie nicht richtig, so könnte auch kein Wundfieber mit Genesung enden.

Die andere Patientin, die ich möglicher Weise hätte retten können, sah ich in Consultation mit Dr. Hauenstein: Puerperalfieber mit Temperaturen von 105—106° ohne lokale Empfindlichkeit, ohne übelriechende Lochien, eigentlich beinahe ohne Lochien, fand ich am 5. Tage nach der Entbindung, die von einer Hebamme absolvirt worden war, vor. Bei diesem Zustande glaubte ich eine jener seltenen Formen von Puerperalfieber zu sehen (die auch Fordyce, Barker und Engelmann anzunehmen scheinen), bei denen der ganze Process wie innere Blutvergiftung verläuft und die vielleicht von anderen als den Keimen der Fäulniss herrühren, vielleicht von denen des Erysipel's, des Scharlach oder von einem ganz spezifischen Puerperalfieberkeim. Deshalb stimmte ich Dr. Hauenstein bei, dass es nutzlos sein werde, diesen Uterus, der schon erheblich verkleinert war, zu desinficiren. Heute

würde ich anders denken, obgleich ich keine Gelegenheit zur Sektion fand ; denn wenn das Desinficiren eines solchen Uterus auch nichts helfen würde, schaden könnte es gewiss nicht.

Nach einem Abortus wäre das Verhältniss dasselbe, nur dass die Curette die Säuberung des Uterus am besten bewerkstelligen könnte. Indess werden wir bald sehen, dass auch nach rechtzeitigen Geburten die Curette ihre Verwendung finden kann. Jetzt möchte ich nur urgiren, dass gründliche Desinfection auch hier vielleicht Gutes hätte leisten können. Ich schliesse dies aus analogen Fällen.

So hatte ich z. B. vor ein paar Jahren einen leichten Forcepsfall, (Placenta spontan, Eihäute ganz, lebendes Kind) bei dem schon am dritten Tage ohne entzündliche oder putride Veränderungen ein hohes Fieber einsetzte. Energische desinficirende Waschungen und Drainage führten die Patientin in wenigen Tagen zur Reconvalescenz. Ich konnte in diesem Falle, den ich selbst von Anfang bis zu Ende behandelte, kaum anders denken, als dass ich das Krankheitsgift — trotz der üblichen skrupulösen Reinlichkeit — selbst eingeführt hatte, obgleich ich nicht sagen kann, in welcher Weise. Eine andere Frau, die ich ein paar Tage vorher entbunden hatte, war trotzdem, dass die Geburt ganz leicht und spontan vor sich ging, auch krank geworden. Mein Glaube an meine eigene Sauberkeit in Verbindung mit der Thatsache, dass ich nur dreimal oberflächlich und kurz untersucht hatte, liess mich gar nicht an die specielle Anwendung antiseptischer Massregeln denken und die arme Frau hatte dafür zu leiden, indem sie eine langwierige doppelseitige Parametritis, der später — nach einem Intervalle von acht Tagen — eine Psoïtis auf der rechten Seite folgte, durchzumachen hatte. Mit Eröffnung des Psoasabscesses und Drainage beendete ich das Kapitel ihrer Leiden. Woher das intensive Krankheitsgift kam und wo es acht Tage lang verweilte, blieb mir ein Räthsel.

Für unsere Anschauungen sind diese beiden Fälle höchst instructiv, denn die zuerst inficirte Kranke kränkelte noch lange, nachdem die zweite antiseptisch behandelte längst genesen war.

So hätte der Fall des Collegen Hauenstein am Ende auch noch durch antiseptische Injectionen geheilt werden können. Meine Erfahrung mit den letzteren ist überhaupt eine äusserst befriedigende gewesen, wenn Puerperalprocesse existirten; bei vorzeitigen Geburten sind meine Erfahrungen geringer und der ganze Unterschied ist, wie bemerkt, nur der, dass einzig die Curette zuverlässige Säuberung des Uterus ermöglicht — obgleich man manchmal auch ohne sie auskommen kann. So ging es mir wenigstens in einem Falle.

Natürlich wird der scharfe Löffel und antiseptische Reinigung nicht überall ausreichen; das Gift kann Organe in der Nachbarschaft des Uterus durchsetzt haben; die Lymphgefässe und Venen der Ligamente und höher hinauf bis zur Cava; Lungenembolien können existiren, schon ehe der Arzt gerufen wird etc., doch kann antiseptische Reinigung in correcter Weise ausgeführt, niemals schaden.

Nicht nur wird die Zufuhr frischen Giftes in den Organismus unterbrochen, sondern es scheint auch, dass ein Theil des Antisepticums, das in den Uterus eingeführt wird, der Absorption anheimfällt und das Krankheitsgift noch weiterhin in den Geweben bis zu einem gewissen Grade paralysirt. Doch den Hauptkampf führen hier die Zellen des Organismus und deren Oxydations-Processe. Zu reichliche Absorption von Medikamenten hat jedoch wiederholentlich Vergiftungen herbeigeführt. Unschädlich sind nur $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ prozentige Lösungen von Sali-

cylsäure, die leicht ex tempore anzufertigen sind und sehr mit Unrecht vernachlässigt werden. Ich prophezeihe die allgemeine Rückkehr zu denselben für die Zukunft. Selbst nach rechtzeitigen Geburten hat der scharfe (halb-scharfe und stumpfe) Löffel seine Vertheidiger gefunden.

Sternefeld und Pick (*Archiv für Gynaekologie*, Bd. XX, Heft 2 und *Deutsche Med. Wochenschrift* 1883, No. 50) und Ploeniess (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1885 No. 2) sind Vertheidiger des scharfen Löffels *post partum maturum* bei Blutungen, bei Verhaltung von Nachgeburts- und Eihautresten und bei puerperaler Endometritis.

Sternefeld verlor von fünf Fällen drei bei puerperaler Septicamie, bei der er noch am zehnten Tage auskratzte. Ploenniess keinen von acht, Pick einen Fall.

Curettement und antiseptische Säuberung wird das Verfahren der Zukunft werden und die expectative Behandlung wird nur am Platze sein, wo Blutung oder Retention fehlen oder wo das Ei noch nicht geborsten ist. Aber selbst wo all dieses existirt wird der scharfe Löffel seine Verwendung finden können. Denn wenn auch die Nachgeburt ohne erhebliche Blutung und ohne Zersetzung lange zurückgehalten werden kann, so kann dergleichen doch jederzeit eintreten, während gründliche Ausräumung und Antisepsis Sicherheit gibt. Ich habe selbst zweimal eine drei Monate im Uterus zurückbleibende Placenta nach reichlichen Blutungen ohne Schaden spontan abgehen sehen (obgleich in dem einen Falle recht lange Anaemie und Schwäche zurückblieben) und die Literatur enthält zahlreiche Fälle von viel längerer Dauer. Auffällige Beispiele sind: Samuel L. Jepson berichtet im *Am. Journ. of Obstetrics* (Okt. 1883) zwei Fälle von Retention der Placenta, die 115, resp. 66 Tage dauerten. Tupelodilatation und Curettement führten schliesslich Heilung herbei.

Garrigues (*Am. Journ. of Obst.*, Sept. 1884) berichtet einen Fall in dem das ganze Ovum fünf Monate zurückgehalten wurde und schliesslich unter wiederholten Blutungen abging. Ein Fall von 123-tägiger Retention und spontaner Ausstossung nach wiederholten Blutungen ist in *Med. Times & Gazette* (18. April 1868) berichtet. Einen ähnlichen, wo das Ovum 5½ Monat erhalten blieb, *vide Dublin Quart. Journ. of med. Science* (Aug. 1870.) In einer Discussion der *New York Obstetrical Society* im März 1871, gab Noeggerath an, dass er einen Fall gesehen, bei dem Placentastücke noch während der nächsten Schwangerschaft zurückblieben. Ja Noeggerath, Chamberlain und Peaslee berichteten in derselben Sitzung Fälle, wo der Foetus längere Zeit zurückblieb, während die Placenta allein ausgestossen wurde.

Aber was bedeutet das gegenüber der Zuverlässigkeit des antiseptischen Curettements? Wie weit diese geht, lässt sich trotz der kurzen Spanne Zeit, seit der sie eingeführt ist, schon leicht aus der Literatur nachweisen. Allamay (*Amer. Journal of Obstetrics*, Sept. 1883) citirt fünf erfolgreiche Fälle. Munde in derselben Nummer 31 mit einem Todesfall. Hier war Septicaemie vor dem Curettement vorhanden. Dieses Resultat ist um so bemerkenswerther, als sechs Fälle während des Curettement's schon fieberten. Farr, in demselben Journal (Sept. 1883) berichtet 16 Fälle, alle erfolgreich. Einer wurde während entzündlicher Processe operirt und hatte eine längerdauernde Peritonitis. S. Hemmingmay in demselben Journal (April 1884 pag 363) berichtet 13 Fälle ohne üblen Ausgang. Mitchell in demselben Journal (Juni 1884) berichtet acht Fälle, bei denen der Erfolg vollständig war. Er benutzte

zwar Leomys's Zange, doch wirkte diese wie eine Curette.* Jeder Löffel wird einzeln eingeführt, um die Placenta herum rotirt und löst sie so von der Uterinwand. Jetzt wird die Zange geschlossen und Ovum resp. Placenta extrahirt. So giebt uns ein einziges Journal während weniger Jahre eine Ausbeute von 75 Fällen mit einem nicht von der Operation abhängigen Todesfalle.

In Bezug auf Ausführung des Curettement kann ich Sie auf Munde verweisen. Ich selbst habe jedesmal Narkose angewandt und mit Sims's Speculum gearbeitet, während ich die Portio mit seinem scharfen Haken festhielt. Jedesmal konnte ich die Curette ohne vorhergehende Dilatation des Collum einführen. Ich glaube, so wird es zumeist sein, da andernfalls die Indication zum Curettement wohl selten vorkommen wird. Man kann sich nur zu leicht täuschen und den Canal für enger halten als er ist. Sollte erwähnter Ausnahmsfall eintreten, so würde ich die rapide Dilatation mit metallischen Instrumenten vorziehen. Es ist sehr wünschenswerth und angenehm, mehrere Grössen und Formen von Curetten bei der Hand zu haben; am geeignetsten sind für gewöhnlich die scharfen, doch soll die Schneide nicht zu scharf sein. Ganz stumpfe Curetten werden in Fällen von sehr inniger Verbindung der Placenta mit der Uterinwand nicht zureichen. Gelegentlich mag eine Curette mit biegsamem Stiel, wie solche Dr. Jul. Hoffmann (New York) in dem früher von mir herausgegebenen *Correspondenzblatt für deutsch-amerikanische Aerzte* beschrieben hatte, sehr nützlich sein. Besonders bei stark geknicktem Uterus könnte sie die Arbeit sehr erleichtern; meist indess streckt sich der Uterus beim Anziehen der Portio genügend. Man muss auf die Tubenecken besonders Acht geben und den Löffel jedenfalls an der Uterinwand herumrotiren, dann horizontal am Fundus entlang gehen und nun rotirend extrahiren. Zuweilen fördert eine solche Procedur den Gesammtinhalt des Uterus. Manchmal bleibt man im Zweifel. Dann gehe man immer von Neuem ein, bis jeder Punkt der Wand abgekratzt zu sein scheint und bis der Löffel nichts weiter fördert, als ein wenig Blut. Natürlich glaube ich nicht, dass das Verfahren je zuverlässig sein würde, wenn man nicht mit antiseptischer Säuberung schliessen würde. Ich selbst benutzte jedesmal Routh's Lösung: (Jodi ʒ i, Kalie jodati ʒ ii, Alkohol ʒ ii, Aquae ʒ vi) bei genauer Beachtung, dass der Rückfluss gesichert blieb und vor meinen Augen eintrat. Alsdann wusch ich die Vagina reichlich mit $2\frac{1}{2}$ % Lösung von Carbolsäure aus. Auswischen des Uterus mit einem Schwamm oder Bäuschchen, das in diese oder eine andere Lösung getaucht ist, halte ich für unzuverlässig, da das Hauptquantum des Medicaments aus dem Schwamm gepresst wird, bevor dieser den Fundus erreicht. Nach dem vierten Monat würde ich zu reichliche Absorption von Jod befürchten und Salicylsäure in $\frac{1}{2}$ proz. Lösung verwenden. Diese Lösung hat mich jedesmal befriedigt, wenn ich die Placenta bei rechtzeitigem Gebrauch mit der Hand zu entfernen hatte. Sie ist vollständig harmlos. Natürlich erhält man eine unvollkommene Lösung, denn nur $\frac{1}{3}$ % löst sich, wenn man die alkoholische Solution der Salicylsäure in Wasser schüttet, doch sichern grade die ungelösten Flocken, dadurch, dass sie sich an den Uterinwänden festsetzen, eine protrahirte Wirkung des Mittels. Die Jodlösung hat den Vortheil keine Coagula zu bilden und doch styptisch und andererseits nicht caustisch auf die Vagina zu wirken.

---

* Eine ziemlich ähnliche Anwendung empfahl schon Swayne, doch liess er die Zange hauptsächlich als Dilatator des Uterus wirken. (*Lancet* 19. Aug. 1871.)

Folgende Fälle habe ich curettirt:

I. In Consultation mit Dr. Packwood. Patientin war schon 2 Wochen wegen reichlicher Blutungen behandelt worden. Der Foetus war hart. Resultat perfect. Kein Fieber. Hysterische Neigungen verblieben, doch ist die Frau jetzt schwanger.

II. und III. Eine Frau, die den Abortus selbst inducirt hatte. Curettement jedesmal leicht. Nicht die geringste üble Folge. Die zweite Schwangerschaft folgte der ersten in weniger als einem halben Jahre, ein Beweis, dass der scharfe Löffel nicht schadet.

IV. In Consultation mit Dr. Packwood. Patientin hatte viel Blut verloren. Ausführung glatt; Blutung stand sofort. Völlige Reconvalescenz.

V. Als der Abortus einsetzte war die Blutung unbedeutend und ich enthielt mich absichtlich jeglicher Untersuchung. Acht Tage habe ich so zugewartet; dann begann die Blutung etwas zu lebhaft zu werden; die Hauptsache aber war, dass der Ausfluss übelriechend wurde. Jetzt erst untersuchte ich und fand das Ovum theilweise aus dem Muttermund hervorragend. Ich versuchte die Hoenig'sche Expression, doch vergebens. Curettement unter Assistenz von Dr. Bode. Ich brauchte eine ganze Stunde und die Einführung verschiedener Löffel war nöthig, bevor ich die Ueberzeugung gewann, dass der Uterus bestimmt leer sei. Die innige Verbindung der Placenta mit der Uterinwand war erstaunlich.

Völlige Genesung. Der Theil der Nachgeburt, der in die Vagina hineinragte, war faulig, während der intrauterine ganz normal erschien. Da die Frau vorher nicht untersucht worden war, scheint der Fall klar zu zeigen, dass während die Vagina Fäulnisskeime enthält, der Uterus frei von denselben ist. Dasselbe beweisen viele Fälle (vide supra) von *missed abortion.*

VI. Fall. Eine Frau, die mehrere Kinder gehabt und die Regel nicht verloren hatte, obgleich solche die letzten (2) Male sehr vermindert war, blutete seit zehn Wochen fast fortwährend. Ein Fötus war nicht gesehen worden. Sie consultirte Dr. Bode hierselbst. Der Herr College, für dessen Erlaubniss den Fall zu publiziren ich hiermit bestens danke, schlug die Erweiterung und eventuelles Curettement des Uterus vor, indem er dahingestellt sein liess, ob es sich um eine polypöse Excrescenz oder um Nachgeburtsreste handle und betraute mich mit der Ausführung. Das Os war klein, die Portio hart genug. Unsere unvollständige Serie von Hegar'schen Metalldilatatoren liess uns im Stich und so versuchten wir zunächst, ob eine kleine Curette Aufschluss geben würde, und siehe da, sie förderte aus der linken Tubenecke ein Stückchen Placenta von der Grösse einer Erbse. Das war auch der ganze Inhalt des Uterus. Weiteres Verfahren wie immer. Erfolg ideal, *id est:* keine Temperaturerhöhung und keine weitere Blutung.

Der Gebrauch der „Beef-Peptonoids" bei künstlicher Ernährung per Rectum.

Von Dr. Geo. W. Rachel.

In einem Artikel über „*Rectal Absorption*" besprach Dr. C. M. Fenn,* (San Diego, Cal.) vor Kurzem die Fähigkeit des Mastdarmes Nahrungsmittel, Medikamente etc. zu absorbiren. Er wies darauf hin, dass früher von verschiedenen Seiten behauptet worden sei, die Möglichkeit der Nahrungsaufnahme müsse durch *Retrostalsis* erklärt werden, d. h. in Folge der durch die Anwesenheit der nährenden Klystiere ausgelösten antiperistaltischen Bewegungen, welche die betr. Nahrungsmittel ziemlich weit, sogar bis in den Dünndarm hinauf fortbewegt und dort deren Verdauung und Resorption ermöglichten. Dies ist aber bekanntlich nicht der Fall, wie dies durch zahlreiche Experimente der verschiedensten Physiologen ausser Zweifel gestellt ist. Schon Liebig hatte nachgewiesen, dass ein bestimmter Procentsatz von Albuminstoffen im Mastdarme des Hundes in verhältnissmässig kurzer Zeit resorbirt werden und es wurde durch weitere Versuche anderer Forscher festgestellt, dass es fast ausschliesslich die Hämorrhoidalvenen sind, durch die dies geschieht. Andererseits wurde aber durch Injectionen festgestellt, dass die Ileo-Caecal-Klappe das Vordringen der injizirten flüssigen und breiigen Massen in das Ileum nahezu vollständig verhindert.

Es ist klar, dass die chemischen und physiologischen Eigenschaften des zu Rectalinjectionen verwendeten Materiales von grösster Wichtigkeit sind, um den Grad ihrer Resorbirbarkeit zu bestimmen. Je weniger dieselben den *per os* eingeführten und je mehr sie den in den unteren Partien des Darmes enthaltenen, bereits von den Verdauungssäften veränderten Nahrungsmitteln gleichen, desto sicherer wird man eine nahezu vollständige Resorption derselben durch die Mastdarmvenen erwarten können.

Der Anwendung des defibrinirten Rinderblutes, welche von vielen, namentlich hiesigen und englischen Aerzten, zum Zwecke der Ernährung durch den Mastdarm sehr warm empfohlen worden ist, ist desshalb diejenige von bereits in den Zustand der Peptone übergeführten Nährstoffen bei Weitem vorzuziehen. Es verursacht das Erstere nämlich stets eine Anhäufung von theerartig-schmierigen Massen, weil nur ein verhältnissmässig geringer Theil resorbirt wird. Dieselben müssen häufig durch Klystiere zur Ausleerung gebracht werden. Bei den letzteren ist dies absolut nicht der Fall, da dieselben im Gegentheile nahezu vollständig resorbirt werden.

Eins der besten Präparate der letzteren Art sind die *Beef-Peptonoids* von Reed & Carnrick, von deren erfolgreichen Anwendung zu ernährenden Klystieren wir im Folgenden einige eklatante Beispiele geben.

Die ersten beiden Fälle verdanken wir der Güte unseres geschätzten Collegen und Mitarbeiters Dr. Ludwig Weiss, die letzteren sind unserer eigenen Erfahrung entnommen.

I. Fall. Frau X., Vpara, litt während jeder Schwangerschaft an Erbrechen. Dasselbe stellte sich bereits in der 5. Woche ein und dauerte bis etwa 14 Tage nach Beginn der Kindsbewegungen. Während der Dauer dieser Periode kam die Frau in ihrer Ernährung zwar sehr herunter, jedoch traten niemals Inanitionserscheinungen ein und sie befand sich gerade noch an der Grenze des Stickstoffgleichgewichts. Das Erbrechen stellte sich gleich Morgens mit nüchter-

* *N. Y. Medical Record*, 15. August 1885.

nem Magen ein, wiederholte sich mehreremal im Laufe des Tages auch wenn nichts genossen wurde. Mahlzeiten wurden verschieden lang von einer halben bis zu 4 Stunden nach deren Aufnahme behalten. Auswahl der Speisen auf ihre Leichtverdaulichkeit — wie Hirn, Milchspeiseu etc. — hatte auf die Frequenz des Brechreizes und der Häufigkeit des Erbrechens keinen Einfluss. Derselbe stellte sich im übrigen Verlaufe der Schwangerschaft nur noch hin und wieder ein, war aber nicht mehr im Stande das Allgemeinbefinden auch nur im Geringsten zu trüben. Während der letzten (V.) Schwangerschaft änderten sich die Verhältnisse gänzlich. Die Frau, welche einen, wie sich später herausstellte, durch Zwillingsschwangerschaft enorm ausgedehnten Unterleib hatte, fing wie gewöhnlich im Beginne der Schwangerschaft zu erbrechen an. Allmälig wurde dasselbe häufiger und entwickelte sich zu einer noch nicht dagewesenen Häufigkeit. Während früher etwas Nahrung vertragen wurde, konnte nur bis zum 3. Monate hin und wieder etwas, im 3. Monate jedoch, besonders in den letzten Tagen desselben und im Anfange des vierten Monats ausnahmslos nichts vertragen werden. Die Frau magerte ab, fing an zu fiebern und verfiel in einen apathischen Zustand, jedoch ohne Störung des Bewusstseins. Wegen zunehmender Entkräftung musste sie, nachdem die Gefahr des Verhungerns drohend nahegerückt war, von dem Landaufenthalte als Schwerkranke heimgebracht werden. Nachdem alle bekannten medicamentösen innerliche und äusserliche Mittel (Cereum, Bismuth, nux vomica, Morphin, Pepsin, Bromkali, Cocain etc. — Aether-Zerstäubungen auf die Magengegend äusserlich) vergeblich versucht worden, und bereits an die Einleitung der künstlichen Frühgeburt gedacht wurde, schlug der Gatte der Dame, — ein College — vor, Beef Peptonoids von Reed & Carnrick zu versuchen. Dasselbe wurde sofort alle 4 Stunden derart in Anwendung gebracht, dass 1 Esslöffel davon in 5 Unzen warmem Wassers verrührt, mit Hinzugabe von 1½ Theelöffel von Brandy und 5 Tropfen *Tr. opii Simpl. per Rectum* injizirt wurde. Zur Injektion wurde eine sechs Unzen haltende Hartgummi-Stempelspritze mit einem 1 Fuss langen, biegsamen Ansatzrohr gebraucht. Die Wirkung dieser Behandlungsweise war eine in der That wunderbare. Schon nach 12 Stunden hob sich das Allgemein-Befinden und ein Gefühl der Sättigung stellte sich ein. Pat. fand die Kraft, sich im Bette zu bewegen, das Fieber schwand, die matten, bereits etwas flache Corneae bekamen wieder Glanz und Leben und die Gemüthsstimmung wurde eine hoffnungsfreudigere. Volle acht Tage wurde mit dieser Behandlung ausschliesslich fortgefahren und am Ende der Woche konnte Pat. bereits das Bett verlassen. Am 9. Tage wurde halbflüssige Nahrung *per os* gereicht und behalten. Nahrungsklystiere nur zweimal in 24 Stunden. Am 11. Tage Nahrung nur per os, Klystiere ganz ausgesetzt. Von nun ab Uebergang zu consistenterer Nahrung; kein Erbrechen mehr im weiteren Verlauf der Schwangerschaft. Pat. nahm rasch zu und wurde am normalen Schwangerschaftsende glücklich von Zwillingen (Mädchen) entbunden. Mutter und Kinder waren und sind wohl.

In diesem Falle wurde die drohende Inanition durch die „*Beef Peptonoids*“ rasch beseitigt; durch seine äusserst prompte und ausgiebige Resorbirbarkeit wurde das verbrauchte Körperfett und die bereits in bedenklicher Abnahme begriffenen Gewebe schnell ersetzt und so der Körper in's Stickstoffgleichgewicht gebracht. Jedes andere, weniger prompt wirkende Präparat wäre hier zu spät gekommen. Ferner kommt noch und zwar als sehr wichtiger Punkt in Betracht, dass — entgegen früherer viermaliger Erfahrung — das Erbrechen diesmal nicht wiederkehrte, trotzdem die üblichen 4½ Monate, nach welchen das Erbrechen auch sonst nachzulassen pflegte, noch nicht erreicht waren. Mithin kann von einem heilsamen Einfluss auf die betreffende Nervencentren geschlossen werden, zum grössten Theile wahrscheinlich dadurch, dass der Magen eine Zeit lang gar nicht belästigt wurde.

II. Fall. Mrs. S., 40 Jahre alt, litt seit 1½ Jahren an Magenbeschwerden: Druck nach Nahrungsaufnahme, Aufstossen, später Schmerzen, Erbrechen und Constipation. Menses regelmässig. Trotz wissenschaftlich tüchtiger Behandlung kam Pat. immer mehr herunter, die Hautfarbe wurde gelblich, fahl; *Paniculus adiposus* schwand; Magengegend eingezogen, *Colon transversum* hervorgewölbt; starker *foetor ex ore* und Appetitlosigkeit; Herz und Lunge normal. Am 2. Dezbr. 1885, als Pat. in meine Behandlung kam, war dieselbe auf's äusserste abgemagert und glich dem Aussehen nach vollkommen einer Carcinomkranken. Es wurde sofort

die Ernährung per Rectum auf die erwähnte Weise in Angriff genommen und durch den Mund nur Medicamente (Bismuth, Codein und Natr. bicarb.) Wasser und kühle Milch theelöffelweise verabreicht. Die Ernährungsklystiere wurden vorzüglich vertragen; kein Tenesmus, diese Plage der Rectalernährung zeigte sich. Nach je 24 Stunden wurde ein Reinigungsklystier verabreicht. In den Ejectis zeigten sich wohlgeformte Faeces als bester Beweis der Resorption des *per rectum* Gereichten. Nach dreiwöchentlicher streng fortgesetzter Cur, war das Aussehen der Pat. vollkommen geändert. Die Hautfarbe wieder normal; Muskelkraft im Zunehmen; der Magen konnte allmälig halbflüssige Nahrung ohne Beschwerden vertragen. Pat. konnte das Bett verlassen und umhergehen. Nun wurde das Peptonoid *per os*, in Milch und als Zusatz zur Suppe gegeben und vertragen. Pat. befindet sich jetzt soweit wohl, kann leichte Speisen ohne Beschwerden vertragen und ihre Hausarbeit verrichten.

III. Fall. I. S., 3 Jahre; ein schwächlicher, aber trotz seiner Schwächlichkeit sehr wilder Knabe, erkrankte im August 1885 mit Fieber, und Obstipation. Am 15. August sah ich ihn, wenige Tage nachher, zum ersten Male und fand ihn sehr bleich und abgemagert mit einer Temperatur von 102⅗° F. Die Untersuchung sämmtlicher innerer Organe fiel negativ aus; auch im Urin war nichts Abnormes zu finden, nur war die Secretion desselben sehr spärlich; Schlaf spärlich und unruhig; dabei eine merkwürdige Theilnamlosigkeit und Unliebenswürdigkeit des sonst geweckten und freundlichen Knaben. Brechen und Obstipation bestanden fort und trotz aller medicamentösen Behandlung wurde zuletzt sogar Wasser erbrochen. Eine grosse Dosis (0,5 g.) Calomel verursachte zwar am dritten Tage einige schleimige Stühle, nachdem Klystiere fruchtlos gewesen und das Fieber sank ebenfalls unter 100° F. auf Antipyrin per Rectum. Als am nächsten, also am vierten Tage nach meiner ersten Visite, das Erbrechen alles Genossenen nicht nachliess, schritt ich zur Anwendung der *Beef Peptonoid-Klystiere*. Erst ein und später zwei Theelöffel wurden in etwa vier Unzen Wasser verrührt und mit einer Stempelspritze drei- resp. vierstündlich injicirt, mit etwas Brandy-Zusatz. Das Kind besserte sich schnell. Während es von dem Tage an, wo ich es zuerst sah, nur immer auf wenige Minuten allein umherzugehen im Stande war und fast die ganze Zeit auf dem Schoosse der Mutter oder der Wärterin oder aber im Bette zubrachte, war es nach einwöchentlicher Ernährung *per Rectum* im Stande, wenn auch schwache Versuche zum „Pferde-Spielen etc." mit seinen Geschwistern zu machen. Er hatte während der Zeit (6 Tage) drei Stühle, deren letzter, wie die Mutter berichtete, natürlich aussah. Er konnte schon am 2. Tage Wasser bei sich behalten, so dass die Salzklystiere, die ich nebenbei verordnet hatte, wegbleiben konnten und am 5. Tage nahm er bereits ein wenig feingehacktes und leicht angebratenes Rindfleisch, sowie etwas trocknes Weissbrod. Am 7. Tage war der durch die Ruhepause und die erneute Blutzufuhr zu normaler Thätigkeit zurückgekehrte Magen völlig im Stande die gebotene genügende Nahrung beizubehalten.

Der extrem anämische Zustand des Knaben, welcher wahrscheinlich durch eine in Folge eines Falles verursachte meningeale und cerebrale Reizung mit ihren Folgen herbeigeführt worden war, wurde durch die *Peptonoid-Klystiere* in rapider Weise behoben.

IV. Fall. Frau H. S., 24 Jahre alt, eine ziemlich reizbare, aber immer recht guter Gesundheit sich erfreuende Dame, wurde im Januar dieses Jahres von Schwächeanfällen heimgesucht, die sich zuletzt bis zu kurzandauernden Ohnmachten steigerten. Dabei hatte sie heftige Palpitation, das Gefühl, als ob der Kopf zerspringen wollte und Uebelkeit. Sobald das Bewusstsein zurückkehrte, erbrach sie sich und das Erbrechen hielt trotz aller möglichen Massnahmen einige Stunden an bis das Würgen aus dem leeren Magen noch regungirte Galle herausbeförderte. In einem solchen Anfalle sah ich sie zuerst und gab ihr sofort eine subkutane Einspritzung von ¼ Gran Morphium. Sie hatte „Morphiumtropfen" bereits innerlich genommen auf Anrathen einer Freundin, doch ohne Erfolg, da sie dieselbe erbrochen. Am nächsten Tage wurde ich abermals gerufen und in der darauffolgende Nacht wiederum. Dieser Zustand, der mir Anfangs eine einfache Gastralgie zu sein schien, veranlasste mich eine genaue Untersuchung vorzunehmen. Es stellte sich heraus, das Pat. bereits seit einigen Monaten nach einer heftigen Gemüthsbewegung Palpitationen und Dyspnoe gehabt, dass sie seitdem gehüstelt und einen spärlichen schaumigen Auswurf gehabt aber sich nicht eigentlich krank gefühlt. Die Herztöne waren rein, aber ungemein schwach, der Puls schnell (110), klein nnd compressibel. Das bleiche, zerfallene Aussehen des Gesichtes hatte ich bisher der Schmerzeinwirkung zugeschrieben, doch zeigte es eine leicht cyanotische Färbung; die Füsse und Knöchel zeigten eine geringe Anschwellung und jeder

Muskel schien auf Bewegung zu schmerzen. Fieber war nicht vorhanden und wahrscheinlich auch nie dagewesen. Pat. fröstelte sehr leicht. Da sie sich fürchtete, etwas zu essen, obgleich nach Aussage ihres Mannes das Essen wenig oder gar keinen Einfluss auf das Eintreten der Anfälle hatte, so verordnete ich sofort Beef-Peptonoid-Klystiere. Es wurden unausgesetzt Wärmflaschen an Füssen und Beinen gehalten und *per os* nur Digitalinpillen (1 1/60 Gran dreimal täglich) so wie Champagner gereicht. Nach Verlauf von fünf Tagen konnte Pat. die Nahrungsaufnahme in den Magen wieder beginnen und war bald im Stande Beef-Peptonoids in Suppen und auf *Sandwiches* zu verzehren, so dass die Klystiere am 9. Tage sistirt wurden. Während der ganzen Zeit hatte sie nur einmal (in der Nacht vom 4. zum 5. Tage) über Völle im Leib und Flatulenz geklagt, welcher Zustand durch ein laues Seifenwasserklystier behoben wurde. Den zweiten Stuhl nach Beginn der Kur hatte sie am 9. Tage nach einer kleinen Gabe Senna und Manna.

Der extreme Schwächezustand der Patientin war eine Folge der schweren Circulationsstörung mit ihrem Gefolge. Diese selbst nun waren offenbar durch eine äusserst geschwächte Herzthätigkeit verursacht (*weak heart*) in Folge Innervationsmangel oder Störungen des Innervationsgleichgewichtes. Dass zuletzt auch der Magen durch den Vagus in Mitleidenschaft gezogen wurde, machte den Zustand wirklich gefahrvoll und die Ernährung *per Rectum* zur gebieterischen Nothwendigkeit. Das unstillbare Erbrechen und die enorme Schwäche wurden durch die *Peptonoid-Klystiere* in der promptesten Weise beseitigt.

Zwei Fälle von Meningitis tuberculosa mit tödtlichem Ausgange, ein Fall mit Jodformeinreibung behandelt — Genesung.

Mitgetheilt von Dr. Emil Nilson[1]).

Der Bildhauer C. in Ystadt, selbst gesund und ohne irgend welche erbliche Krankheit in der Familie, dessen schwache und kränkliche Frau aber einem schwindsüchtigen, fast ausgestorbenen Geschlechte entstammt, hat ausser einem Mädchen, welches 1874 im Alter von acht Monaten an einer Brustkrankheit verschied, während des Herbstes im vorigen und des ersten Monats in diesem Jahre nicht weniger als drei Kinder verloren.

Das erste, ein dreijähriges Mädchen, dessen Halsdrüsen längere Zeit hindurch bedeutend angeschwollen gewesen, fing Ende des vorigen Sommers an abzumagern, zu erblassen und hinsichtlich der Gemüthsstimmung sich zu verändern und starb gegen Ende October an einer hinzugestossenen, mit Pneumonie complicirten Pertussis.

Ein sechsjähriger Knabe fing gleichzeitig mit dem eben erwähnten Verstorbenen an mager und bleich zu werden. Das Gemüth wurde veränderlich, bald traurig, bald mürrisch, der Schlaf wurde unruhig und von lebhaften Träumen gestört; zugleich hörte man ihn oft in der Nacht mit den Zähnen knirschen und laut wehklagen. Da er aber währenddem sich über kein bestimmtes Leiden beschwerte, wurde kein Arzt eher als Ende December herbeigerufen, wo ich consultirt wurde. Er war nämlich ganz plötzlich einige Tage vorher Morgens beim Erwachen von heftigem Erbrechen überfallen worden und klagte über Schmerzen im Kopfe und in der Herzgrube. Er wurde nun bettlägerig, war in einem halbschlummernden Zustande mit geschlossenen Augen, schien jedoch noch die Eltern zu erkennen und antwortete, wiewohl

[1]) Abdruck aus der, von der schwedischen ärztlichen Gesellschaft in Stockholm herausgegebenen medizinischen und pharmaceutischen Monatsschrift: Hygiea 1885, im *Archiv f. Kinderheilkunde* Bd. VII. Heft III.

gleichgiltig und ungern, auf Anreden. Anfänglich schien er gewisse Stunden am Tage besser und lebhafter, zeigte sogar hin und wieder Interesse an den Spielen der Geschwister. Dargebotene Nahrung nahm er zu sich, bisweilen sogar gierig. Das Erbrechen wiederholte sich nur einmal, der Stuhlgang war unregelmässig, gewöhnlich träge. Der Zustand blieb sich gleich zwei bis drei Tage, und als ich zum ersten Mal den Kranken sah, lag er bleich, abgemagert und still, mit verschlossenen Augen und gegen alles, was um ihn vorfiel, äusserst gleichgiltig. Die Pupillen, welche träge zu reagiren schienen, zeigten indessen keine Verschiedenheit. Die Respiration war etwas beschleunigt und, von einer dann und wann tieferen, seufzenden Inspiration abgesehen, regelmässig. Der Puls circa 100, jedoch unstät. Temperatur 38° C. Ord. Calomel laxans, Jodkalium, Eis. — Am folgenden Tage war er von Zeit zu Zeit etwas lebhafter. Nach einer ziemlich ruhigen Nacht stellten sich indessen bereits am darauffolgenden Tage Zuckungen ein in Armen und Beinen, wobei die Eltern zugleich bemerkten, dass er bisweilen mit den Augen schielte. Bei meinem nächsten Besuche lag er in einem schlafähnlichen Zustande. Der Kopf wurde mitunter nach rückwärts gezogen von den bisweilen krampfhaft zusammengezogenen Nackenmuskeln, und eine krampfartige Spannung in anderen Muskelgruppen wurde beobachtet. Durch Berührung wurden die Krampfanfälle vermehrt und hervorgerufen. Bei heftigem Geräusche, wie z. B. beim Oeffnen einer Thüre, traten ebenfalls Krampfzuckungen ein. Die Hände wurden zitternd, automatisch zum Kopfe geführt. Die Pupillen zeigten auch jetzt keine Verschiedenheit von einander, beide Augenbulbi waren aber etwas und gleichförmig zur einen Seite rotirt. Respiration, Puls und Temperatur ungefähr wie vorher. Die Krampfanfälle wurden allmälig heftiger, die freien Intervalle seltener und kürzer. Ein vollständig soporöser Zustand entwickelte sich nach und nach, und eines Tages wurde die rechte Körperhälfte paretisch befunden. Nachdem der kleine Patient insgesammt etwa 14 Tage bettlägerig gewesen und die Respiration unausgesetzt während der letzten 48 Stunden in besonders typischer Weise das Cheyne-Stokes'sche Phänomen aufgewiesen hatte, verschied er am 30. December.

Bei einer circa ein Jahr alten Schwester desselben hatten inzwischen in ähnlicher Weise Abmagerung, Erblassung und Gemüthsveränderung sich einzustellen angefangen. Vorhin lebhaft und fröhlich, wurde sie jetzt stille und traurig und ihr Schlaf, in dem sie oft wehklagte, unruhig. Vierzehn Tage nach dem Entschlafen des Bruders wurde auch sie in derselben Weise von heftigem Erbrechen überfallen, wurde darauf bettlägerig, bekam Krampfanfälle, wurde sprachlos und versank in denselben soporösen Zustand, in dem sie gegen Ende des Januars entschlief. Der Stadtarzt Dr. Froest wurde diesmal herbeigerufen und nach den Angaben und der Beschreibung, die er gemacht, waren der Verlauf und die Symptome der Hauptsache nach dieselben wie bei dem Bruder. Beide Fälle wurden also unter der Rubrik „Meningitis tuberculosa" notirt.

Bereits zur Weihnachtszeit, also fast gleichzeitig mit den anderen Geschwistern, fing zur leicht erklärlichen Unruhe und Trauer der armen Eltern noch eins der beiden noch übrigen Kinder, ein achtjähriger Knabe, an unlustig, mager, bleich, schweigsam und hinsichtlich der Gemüthsstimmung verändert zu werden, alles in voller Gleichheit mit seinen vor kurzem entschlafenen Geschwistern. Wiewohl er noch eine Zeit lang die Schule besuchte, wurde er schon jetzt in einer Sopha-

ecke still liegend oder sitzend, über Müdigkeit oder Schwere im Kopfe klagend, von den Eltern angetroffen. Anfangs Februar musste der Besuch der Schule unterbrochen werden, und obschon die Esslust noch keine bemerkenswerthe Abnahme zeigte, war jedoch die Kraftlosigkeit in starkem Zunehmen. Der Schlaf fing an unruhig zu werden und wurde von lebhaften Träumen und heftigem Wehklagen gestört. Der Stuhlgang war unregelmässig und träge. Schon jetzt begannen die hart geprüften Eltern zu ahnen, was sie zu erwarten hatten, namentlich da das Kind jetzt mitunter über Schmerzen im Kopfe klagte, und als der kleine Patient eines Morgens beim Erwachen von heftigem Erbrechen überfallen wurde, schwand die letzte Spur der Hoffnung. Diesmal wurde ich von Neuem gerufen. Nachdem das Erbrechen sich ein paarmal wiederholt hatte, hörte es auf; der Patient ward aber nun bettlägerig. Bei meinem ersten Besuche lag er still, mit geschlossenen Augen in einer Art Halbschlummer und war nicht zu bewegen, die Frage, wo er denn Schmerzen fühle, zu beantworten. Er schien jedoch die Eltern zu erkennen, und diese konnten ihn bisweilen dahin bringen, die Frage, ob er im Kopfe Schmerzen fühle, bejahend zu beantworten. Die Respiration war regelmässig, nicht beschleunigt, mitunter aber seufzend und gleichsam pausirt, wobei er sich oft unruhig im Bette hin und her warf. Der Puls circa 80. Die Temperatur, verschiedene Male untersucht, variirte alsdann zwischen 37,9° und 38,5° C. Flüssige Nahrungsmittel verzehrte er ohne ferner von Erbrechen belästigt zu werden. Ordin.: Kalomel und Jodkalium. Am folgenden Tage war der Zustand unverändert und derselbe dauerte noch ein paar Tage fort, während deren er bisweilen etwas lebhafter erschien und sogar die Umgebung mitunter anredete; aber am achten Tage, nachdem er bettlägerig wurde, trat eine merkbare Verschlimmerung ein. Er blieb nämlich jetzt unausgesetzt in einer Art Betäubung liegen, schien die Eltern nicht mehr zu erkennen und war nicht zu bewegen Nahrung oder Medizin einzunehmen, wesshalb mit der Jodkalium-Medication aufgehört werden musste. Die Pupillen zeigten keine Verschiedenheit von einander, die Augenbulben standen aber beharrlich etwas aufwärts rotirt und erschwerten die Inspection der Pupillen. Die bisherige constante Blässe wich jetzt einem von Zeit zu Zeit auftretenden schnellen Erröthen der Wangen, wobei der Patient stets sich unruhig hin und her warf. Bald darauf stellten sich auch in Armen und Beinen Krampfzuckungen ein, die mit jedem Male heftiger und anhaltender wurden. Stets wurden dieselben von dem oben angeführten Erröthen der Wangen annoncirt und begleitet. Bisweilen wurden Zuckungen in den Gesichtsmuskeln bemerkbar. Bei heftigem Geräusche, bei Berührung und wenn dem Patienten zu trinken gegeben wurde, stellten sich Krampfanfälle ein, wobei das Kind „im Bette sprang." Die Eltern, welche Tag für Tag im Detail dasselbe Symptom wie bei den kürzlich gestorbenen Geschwistern beobachteten, hatten nunmehr nur den Wunsch, dass der Tod doch recht bald dem Leiden des Kindes ein Ende setzen möchte und gingen nur widerstrebend auf meinen Vorschlag ein, eine Einreibung des Kopfes mit Jodoform zu versuchen, welches Mittel ich als ein bisweilen wirksames angegeben gesehen hatte.

Das Haar wurde abgeschnitten, eine Jodformsalbe (1 : 10) wurde gründlich und reinlich auf dem Kopfe eingerieben, welcher mit einer dicht anschliessenden Mütze von Wachsstaffet bedeckt wurde. Die Einreibung wurde 3 — 4 mal wiederholt und die Mütze 38 Stunden ungestört liegen gelassen. Bereits nach Verlauf eines Tages erklärten die

Eltern, dass die Krampfanfälle gelinder und seltener geworden. Die oben erwähnte Röthe der Wangen stellte sich zwar ein, schwand aber schneller und war nicht wie bisher constant von Zuckungen begleitet. Der Schlaf wurde, wiewohl betäubungsähnlich, doch ruhiger und das unruhige Umherwälzen im Bett, sowie das Wehklagen wurde seltener. Als das erste Zeichen eines Rückganges hatten die Eltern jedoch bemerkt, dass die Reizbarkeit und das Eintreten der Krampfanfälle bei Geräusch verschwunden waren. Die jetzt wieder hoffnungsvollen Eltern bestanden fortwährend auf zu erneuernden Einreibungen. Am folgenden Tage, also circa 24 Stunden nach der ersten Einreibung, zeigten sich nur selten und äusserst gelinde Krampfanfälle. Allmählig fing das Kind an lebhafter zu werden, öffnete die Augen und folgte mit dem Blicke den Handlungen der Eltern. Die Anfälle hörten schliesslich gänzlich auf.

Nachdem die Jodformmütze, wie erwähnt, 38 Stunden hindurch den Kopf fortwährend bedeckte, wurde sie weggenommen und der Kopf einer gründlichen Reinigung mit Seifenwasser, Spiritus und Essigäther unterworfen. Das Gesicht fing jetzt an, eine constante Röthe zu zeigen die Augen waren lebhaft injicirt und fliessend, ein heftiger Schnupfen mit starker Röthe und aufgedunsener Oberlippe hatte sich eingestellt, von einem irritirenden Husten begleitet. Der kleine Patient zeigte eine lebhafte Munterkeit und Unruhe, die scharf von der bisherigen Betäubung und Gleichgiltigkeit abstach. Bei vollem Bewusstsein klagte er jetzt über heftige Schmerzen in der Stirne und über dem Nasenrücken. Der Athem roch stark nach Jodoform — was nach der Behauptung der Eltern der Fall war mehr als acht Tage nach der Entfernung des Jodoforms. Sobald diese Symptome etwas nachgelassen hatten, wurde *Syrupus jodati ferrosi* ordinirt, welcher dann eine längere Zeit hindurch benutzt wurde. Die Genesung ging ununterbrochen fort und im Anfang des Monats März war der Patient draussen in der frischen Luft. Er ist fortdauernd bei voller Gesundheit und erfreut sich jetzt nach den Aussagen der Eltern eines gesünderen Aussehens als je bisher.

Ohne irgend welche Commentarien über diesen Krankheitsfall zu machen, ist er mitgetheilt worden, weil er — vorausgesetzt, dass die Diagnose richtig war, welches wohl kaum einem Zweifel unterliegt — einen neuen Beweis dafür abgibt, dass die *Meningitis tuberculosa* nicht mit Nothwendigkeit immer als unheilbar aufgefasst werden darf, und weil er möglicherweise andere zu prüfen veranlassen kann, ob Jodoform wirklich die Versprechungen hält, welche man hie und da in der Literatur angegeben sieht.

No. 1 der „New Yorker Medizinischen Presse“ ist vergriffen. Wir bereiten eine neue Auflage vor und bitten diejenigen unserer geehrten Leser, welche ein Exemplar dieser Ausgabe wünschen, uns gefälligst benachrichtigen zu wollen.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Deckel liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Herr Carl Hildebrandt bereist gegenwärtig im Interesse der "Medizinischen Presse" die Staaten Pennsylvanien und New Jersey. Wir bitten für ihn um freundliche Aufnahme.

Die Entleerung des Uterus nach Fehlgeburten.

Von all den vielen kleineren gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen. welche im verflossenen Lustrum empfohlen und geübt worden sind, hat sich die von Boeters zuerst angegebene Methode des Curettement's behufs Entfernung von Nachgeburtsresten in verhältnissmässig kurzer Zeit eine feste und dauernde Stellung errungen. Cervixdilatation, Cervixincision und Cervixnaht haben jedesmal eine Zeit lang die Gynäkologie unbeschränkt beherrscht, bis sie nach und nach in gebührende Schranken zurückgewiesen worden sind und nur dann zur Anwendung kommen, wenn eine durch die Erfahrung als berechtigt erwiesene Indikation vorliegt. Dasselbe sehen wir jetzt sich vollziehen in Bezug auf die Entfernung der Ovarien und Tuben. Auch diese ist schon in das Stadium getreten, welches der allzuhäufigen und voreiligen Anwendung jedesmal folgt. Schon hat sich der „*funny man*" in verschiedenen medizinischen Journalen derselben bemächtigt und empfiehlt sie in zum Theil witzigen, zum Theil witzig sein sollenden Leitartikeln der jetzigen Generation als die einzige Panacee gegen die von Malthus verkündigte Uebervölkerung. Man kann desshalb mit Sicherheit erwarten, dass auch diese Operation bald nur da angewendet werden wird, wo ein reiferes Urtheil und eine reifere Erfahrung die Indikation dafür stellen werden.

Anders mit dem Curettement. Dasselbe hat so ausgezeichnete Resultate aufzuweisen und ist verhältnissmässig so leicht auszuführen, dass jeder Arzt, der sich einmal damit vertraut gemacht hat, diese Operation in seiner Frauenpraxis nicht wieder missen möchte. Trotzdem nun, dass Blutungen sowohl, wie übelriechender Ausfluss nach Aborten durch Auskratzung des Uterus stets und unter allen Umständen zum Stillstand gebracht werden können, giebt es doch immer noch eine ge-

wisse Klasse sehr conservativ gesinnter Aerzte*) namentlich hierzulande, welche die Operation verwerfen. Und zwar thun sie dies, indem sie sich auf den von M. Duncan in einer schwachen Stunde gemachten Ausspruch: *Meddlesome midwifery is bad midwifery.*

Die Haupteinwände der Gegner sind:

1. Dass Nachgeburtsreste Wochen und Monate im Uterus verweilen können ohne schwere Symptome oder überhaupt solche zu verursachen und dass nach ihrer Ausstossung völlige Genesung eintritt.

2. Dass man nur mit dem Finger im Stande sei, genau zu sagen, ob absolut keine Reste mehr in der Uterushöhle befindlich sind, mit der Curette nicht.

3. Dass man mit dem Finger fast immer zur richtigen Zeit und in der richtigen Weise den Uterus entleeren kann.

4. Dass das Curettement die Gefahr erhöhe, da Läsionen der Schleimhaut und der Muskulatur, Endometritis, Parametritis, Cellulitis etc. dadurch verursacht werden könnte, von septischer Infection ganz abgesehen.

Dies sind ungefähr die Haupteinwürfe, welche gemacht werden. Dass dieselben nicht stichhaltig sind, weiss jeder Arzt, der nur einige Male die Operation vorgenommen hat. Im Gegentheile, wenn die Patientin Nachblutungen oder einen septischen Ausfluss hat, so werden nicht nur diese behoben — auch das Fieber und alle entzündlichen Erscheinungen verschwinden fast stets vollständig in wenigen Tagen. Aber selbst, wenn die Entzündung weiter bestehen sollte, so kann man sicher sein, dass die Entfernung der Nachgeburtsreste baldige Genesung in sichere Aussicht stellt.

Von den in jüngster Zeit in New York ziemlich häufig vorgekommenen Fällen von Chloroform- resp. Aether-Tod ist der im Privathospitale eines bekannten deutschen Chirurgen vorgekommene besonders merkwürdig. Der Assistent, welchem schon seit einer Reihe von Jahren jedesmal die Herbeiführung der Narkose obliegt, hatte behufs Eröffnung eines coxitischen Abscesses einen älteren Herren wenige Minuten Chloroform einathmen lassen, als derselbe plötzlich aufsprang und den erstaunten Collegen fest umklammerte. So fest, dass es ihm nur mit Hilfe der Wärterin gelang, sich aus dieser Umarmung zu befreien. Patient wurde nach dem Stuhle geführt, fiel in demselben zurück und war und blieb todt trotz aller Wiederbelebungsversuche.

Die nur aus Aerzten bestehende *Coroner's Jury* sprach beide Aerzte von jeder Schuld frei, indem alle denkbare Vorsicht und Sorgfalt angewendet worden sei.

---

*) Der Standpunkt dieser Herren ist aus der Diskussion klar ersichtlich, welche dem Vortrage Dr. Hartwig's über diesen Gegenstand vor der *Buffalo Obstetrical Society* folgte. Wir verweisen auf dieselbe, welche wir nach dem Berichte des *Buffalo Medical und Surgical Journal* bringen, in welchem auch Dr. Hartwig's Vorrag in der ursprünglichen Skizze erschien.

An anderer Stelle finden unsere Leser eine Würdigung von Dr. Austin Flint's Character und Verdiensten, welche wir der berufenen Feder Dr. A. Jacobi's verdanken. Es ist wohl selten, dass in einem Nachrufe sich das *Nil nisi bonum* mit dem *Nil nisi verum* nahezu so vollständig deckt, wie es bei Dr. Flint der Fall ist.

Der Prozess gegen Dr. Carl Seiler, Professor an der Universität von Pennsylvania, welcher seitens eines Patentmedizinmannes angestrengt worden war, dessen Nostrum der College in einer öffentlichen Vorlesung mit allen anderen ihresgleichen absprechend beurtheilt hatte, ist in der richtigen Weise, d. h. durch Freisprechung des Angeklagten beendet worden. Es wäre sehr zu beklagen, wenn das Grundrecht der freien Rede in solcher Weise durch diese Herren Plusmacher irgendwie gefährdet werden könnte. Der betreffende Richter verdient den Dank des ärztlichen Standes—obgleich er streng genommen nur seine Pflicht gethan.

Merkwürdig ist es, dass man selbst in dem kritischen Deutschland die Pasteur'sche Entdeckung mit ungewohnter Nachsicht bespricht; der einzige Mediziner, welcher sich der Mühe unterzogen hat, eine ausführliche kritische Untersuchung der Pasteur'schen Rabies-Behandlung vorzunehmen, ist Dr. Charles Dulles (Philadelphia). In der Sitzung der *Philadelphia County Medical Society* vom 13. Januar 1886 las derselbe seinen *Comments on Pasteur's Method of Treating Hydrophobia* [1]) betitelten Vortrag.

Derselbe verdient ein eingehendes Studium und wird nie verfehlen, den unparteiischen, nicht voreingenommenen Leser zu überzeugen.

Immer noch Rabies.

Es scheint, dass unsere Nachbarstadt Newark sich den Ruhm bewahren soll, die prominente Stellung beizubehalten, welche sie in Bezug auf die Lyssa und ihre Manifestationen während der letzten Monate errungen. Der Umstand, dass Dr. Runge erklärt, dass der Hund, [2]) welcher die vier nach Paris geschickten und von Pasteur geimpften Kinder gebissen, gar nicht toll gewesen sei—dieser für die zahlreichen

---

[1]) Veröffentlicht im *N. Y. Med. Record*, 13. Februar 1886.

[2]) Fünf Hunde waren gleichfalls von dem angeblich tollen Thiere gebissen worden. Dieselben wurden eingefangen und haben sich seitdem ununterbrochen in Dr. Runge's Obhut befunden. Seit fünf Wochen hat er darauf gewartet, ob sich nicht Symptome von Wasserscheu einstellen würden, aber vergeblich; vielmehr sind die Hunde bei der guten Nahrung dick und fett und faul geworden und haben nicht daran gedacht, toll zu werden. Alle diese Hunde werden noch heute ihren Eigenthümern zurückgegeben werden. Zwei Kinder, welche auch von dem angeblich tollen Hund gebissen worden, aber nicht nach Paris geschickt wurden, sind frisch und gesund geblieben. „Der Zustand dieser Hunde," meint Dr. Runge, „beweist aufs Vollständigste, dass der Hund, welcher sie und die Kinder gebissen hat, gar nicht toll gewesen ist. Wäre der Hund toll gewesen, so hätten die von mir beobachteten gebissenen Hunde längst Spuren von Wasserscheu gezeigt."

hiesigen Verehrer des kühnen Franzosen namentlich unerwünschte Umstand ist Ende vorigen Monates in Vergessenheit gerathen: Newark hat einen genuinen Fall von Hydrophobie gehabt!

Der Aufseher des dortigen Hundepferches, George Neall, erkrankte am 28. März angeblich in Folge eines einige Monate vorher erhaltenen Bisses von einem angeblich tollen Hunde. Die geschilderten Symptome sind theils psychischer, theils somatischer Natur. Krämpfe, die sich namentlich bei der geringsten Reizung der Sinnesnerven einstellten, z. B. Zugluft, Thürknarren, Angestarrtwerden und Aehnliches. Ein nasser Schwamm, der an seine Lippen gebracht wurde, um seinen Durst zu löschen, verursachte ihm Pein, während er im Stande war, einen in kleine Stücke zerschnittenen Apfel zu kauen und zu verschlucken. Anfangs waren die Convulsionen so heftig, dass er während derselben aus dem Bett geschleudert wurde; doch liess diese Heftigkeit bald nach und die zwei Polizisten (!), welche ihn zu halten bestimmt waren, hatten diesen Dienst nicht mehr zu leisten nöthig. Er wurde mit Chloral, Morphium und Atropin behandelt, doch erfolglos.

Um 1 Uhr am 30. März wurde eine Consultation abgehalten, bei der ausser den Newarker Aerzten, Dr. Herold, Dr. Wallace und Dr. Bradin, auch Dr. Hermann Biggs vom *Carnegie Laboratory of Bellevue Hospital* gegenwärtig war. Neall soll, als diese Consultation stattfand, mit ängstlichen Mienen auf die Aerzte geschaut haben. Er soll sehr herabgekommen und erschöpft ausgesehen haben und sich geweigert haben, Wasser zu nehmen, welches ihm Dr. Bradin zu trinken geben wollte. Dabei „zogen sich die Muskeln seiner Kehle heftig zusammen." Ferner war ein lautes Rasseln in letzter bemerkber (Prämortales Trachealrasseln?).

Nach einer genauen Untersuchung des Kranken bestätigte Dr. Biggs die Diagnose der Newarker Collegen. Er schlug vor, Curare und Cocain hypodermatisch zu gebrauchen.

Noch ehe diese, wie uns scheint, ganz rationelle Behandlungsweise eingeschlagen werden konnte, starb der Patient in einem abermaligen Krampfanfalle, den er sich selbst durch Eintauchen einer Hand in kaltes Wasser zuzog.

Das Nothwendigste was dieser Unglückliche hätte haben müssen, welcher während dreier Tage in den heftigsten tetanoiden Convulsionen seine Kräfte rapid aufzehrte, wäre unserer Meinung nach die Zufuhr von Wasser und Nahrung gewesen. Da die wirklichen oder eingebildeten Contractionen seiner Kehle die Aufnahme derselben *per os* nicht ermöglichten, blieb er drei Tage ohne Wasser, ohne jede Nahrung mit Ausnahme eines Apfels. Da man es versäumte, ihm Beides in Form von Klysmata zu verabreichen, so starb er höchst wahrscheinlich an allgemeiner Erschöpfung, zu der die Angst-Psychose ebenfalls ganz wesentlich beitrug.

In Bezug auf die Feststellung der Diagnose muss hinzugefügt werden, dass Dr. Biggs in der Debatte, welche seinem Vortrage vor der *N. Y. County Medical Association* folgte, ausdrücklich erklärte: Er habe nie einen Fall von Rabies gesehen — ehe er Pasteur besuchte. Ob aber dort auch die beste Gelegenheit zum Studiren der wirklichen, unverfälschten Rabies geboten ist, scheint nach Dr. Biggs eigenen Aeusserungen zu urtheilen denn doch noch sehr zweifelhaft zu sein.

Ein anderer Fall (in Baltimore) war offenbar eine reine tödtlich verlaufende Angstpsychose.

Sonderbar bleibt es, dass in Deutschland wie in Oestreich Fälle von

Rabies auch nicht entfernt so häufig sind, wie in denjenigen Ländern, welche Pasteur mit Impfversuchsmaterial versorgen. Ja, für Deutschland konnte der betreffende Minister, auf eine Interpellation Virchow's antworten, dass die Frage eines Pasteur-Institutes nicht in Betracht komme, in 1884 nur ein und in 1885 kein Fall von Tollwuth vorgekommen sei.

Interessant ist der Umstand, dass es Prof. Babés, der von der ungarischen Regierung nach Paris geschickt wurde, gelungen ist, von Pasteur die Concession zur Errichtung eines zweiten Institutes in Buda-Pest zu erlangen. Die Begründung, dass es für von tollen Hunden Gebissene im Orient zu lange dauere, nach Paris zu reisen, ist allerdings eine sehr eigenthümliche, denn unseres Wissens kennt man die Rabies im Oriente nicht, trotzdem gerade dort wohl die meisten herrenlosen Hunde ohne Maulkorb herumlaufen. Dort fürchtet man sich aber vor diesen Hunden absolut nicht, denn sie beissen nicht; und sie beissen nicht, weil man sie nicht malträtirt, sondern sie (aus religiösen Gründen) ungeschoren lässt.

Dr. Austin Flint.

Einer der bekanntesten und achtenswerthesten Aerzte Amerika's hat am 13. März d. J. seine lange Laufbahn beschlossen. Dr. Austin Flint stammte von einer Familie ab, welche im Jahre 1638 in Massachusetts einwanderte und seit jener Zeit in demselben Staate ansässig war. Sein Urgrossvater, Grossvater und Vater waren Aerzte, alle nahmen eine geachtete Stellung ein. Er besass somit, was man in diesem jungen Lande eine lange Reihe von Ahnen nennen kann, und diejenigen Vortheile, welche eine wohlhabende und gebildete Umgebung gewähren kann. Seine erste Erziehung erhielt er auf dem *College* zu Amherst, später in Harvard. Hier erwarb er sich sein Doktordiplom im Jahre 1833. Die nächsten drei Jahre praktizirte er in Northampton und Boston, und begab sich, zu dauerndem Aufenthalte im Jahre 1836 nach Buffalo. Während eines einzigen Winters hielt er im *Rush College* in Chicago Vorlesungen, ohne seinen Wohnsitz in Buffalo aufzugeben, gründete 1846 das *Buffalo Medical and Surgical Journal* und 1847 in Verbindung mit James P. Waite und Frank H. Hamilton die medizinische Schule in Buffalo. Während zweier Jahre (1852—1854) siedelte er nach Louiswille über, wo er an der medizinischen Schule Vorlesungen hielt, und der Praxis oblag. Dann kehrte er nach Buffalo zurück, brachte mehrere Winter als Professor der Medizin in New Orleans zu, und siedelte 1859 nach New York über. Von hier aus bekleidete er bis zum Jahre 1868 eine Professur am *Long Island Hospital College* in Brooklyn, und vom Jahre 1861 an, in welchem das *Bellevue Hospital Medical College* gegründet wurde, die Professur für innere Medizin an dieser Anstalt. Einen Tag vor seinem Begräbnisse fand die letzte Entlassungsfeierlichkeit für die eben Diplomirten Statt.

In seiner Schule war er die bedeutendste und einflussreichste Persönlichkeit. Es ist daher zu bedauern, dass er seinen grossen Einfluss nicht zu Gunsten der Verlängerung der Lehrcurse und der Vertiefung des Unterrichtes angewandt hat. Ungewöhnliche Schwierigkeiten müssen dem Manne in den Weg gelegt worden sein, dessen medizinisches Gewissen und reife Einsicht ihm ohne Zweifel lange klar gemacht hatten,

dass der ärztliche Stand Amerika's nur durch bessere Vorbildung und gründlichere Schulung der Studenten gehoben werden kann. Dies ist um so mehr zu bedauern, als in mässigem Grade eine andere der hiesigen Schulen, in viel höherem aber die medizinische Schule der *University of Pennsylvania* und des *Harvard College*, lobenswerthe Schritte in dieser Richtung gethan haben.

Als Lehrer war Flint sehr populär. Seine Darstellungsweise war, ohne beredt zu sein, einfach und klar. Dem Fassungsvermögen seiner Hörer wusste er sich genau anzupassen. Aber nicht bloss Studirende, sondern auch Aerzte folgten seinen Vorträgen gern. In seiner vierzigjährigen Lehrthätigkeit hat er Tausende in das Gebiet der Medizin eingeführt. Als consultirender Arzt war er gesucht. Er war ein anständiger College, von imposanter Figur, und einnehmendem Wesen. In Fällen, welche zu dem Spezialfache gehörten, das er mit Vorliebe gepflegt hatte, wurde sein Rath vorzugsweise gesucht.

Dieses Spezialfach war: Die Krankheiten der Brustorgane. Mit Auscultation undPercussion hatte er sich früh und ausgiebig beschäftigt; eine Reihe von Journalarbeiten und einige Monographien beweisen sein Verständniss und seinen Fleiss. Ohne dass er bahnbrechend gewesen ist, enthalten seine Arbeiten doch manchen anerkennenswerthen Wink. Seine schriftstellerischen Arbeiten zeichnen sich durch System und Ehrlichkeit aus. Seine ersten Arbeiten waren klinische Berichte, dann folgten seine Arbeiten über Auscultation und Percussion, ein Handbuch über die Krankheiten des Herzens, und zuletzt erst sein Lehrbuch, welches in erster Auflage im Jahre 1866 erschien, sieben Auflagen erlebte und in 40,000 Exemplaren verkauft worden sein soll. Die letzten Auflagen haben dadurch, dass er die pathologische Anatomie von Wm. H. Welch bearbeiten liess, bedeutend gewonnen.

Im ärztlichen Stande war er sehr populär. Es giebt kaum eine Ehrenstelle, welche derselbe ihm nicht zugewiesen hat. Er war Präsident der Medizinischen Gesellschaft des *County* New York, der New Yorker Akademie der Medizin, der Amerikanischen Medizinischen Association. Schliesslich wurde er zum Präsidenten des Internationalen Congresses designirt, dessen Zusammentreten in Washington, im Jahre 1887, er mit Sicherheit erwartete. Auch in Europa war er gern gesehen. In London und Copenhagen wurde er ausgezeichnet, und die *British Medical Association* erwartete von ihm einen Vortrag im kommenden Sommer.

Sein plötzlicher und schmerzlicher Tod hat sein arbeits- und erfolgreiches Leben zu einem glücklichen Ende geführt. Seine ruhige und anspruchslose Arbeit sollte ein Vorbild für diejenigen sein, welche da glauben, durch eine einzige glänzende oder prahlerische Leistung, durch Zeitungsreklamen, sich schnell Ruf und Einkommen sichern zu können. Unter den amerikanischen Aerzten nimmt er einen der ersten Plätze ein, obgleich man an ihm und der Wahrheit ein Unrecht begeht, wenn man, wie seine Lobhudler gethan haben, ihn über Laennec, Skoda, oder Stokes erhebt, oder Trousseau an die Seite stellt. A. J.

REFERATE.

Psychiatrie und Neurologie.

Th. Saelan. — Zur Casuistik der Hirntumoren: Ein Beitrag zur Kenntnis der Gehirnlocalisationen. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.* Band XLII. Heft 2. S. 247.

Ein Fall einer solitären Geschwulst im Gehirne. — Melancholia agitans; hallucinationes auditus; contractura manus et digitorum sinistr. Mors. Autopsia: tumor sarocmatosus Durae matris supra gyrum centralem posteriorem (g. parietalem ascendentum) dextrum in parte tertia media.

Der Fall betrifft einen 39jährigen, von einer psychopathischen Familie herstammenden Beamten, der, körperlich stets gesund und von normaler Entwickelung, mit 15—16 Jahren von einer gelinden, ein paar Monate dauernden Melancholie betroffen wurde und im Jahre 1867 eine Lues sich zuzog. Er zeigte ein äuserst unruhiges Gemüth, liebte es nicht, längere Zeit an Gesprächen sich zu betheiligen oder an einem und demselben Orte zu verweilen, obgleich er gern Gesellschaft besuchte. Im Dezember 1877 wurde er mistrauisch, ängstlich, rastlos, begann oft ohne genügende Veranlassung zu weinen und konnte zuletzt seinen Dienst nicht mehr versehen. Im Januar 1878 klagte der Kranke über „Druck auf dem Scheitel," „Spannung am Hinterkopfe," „Ohrensausen und Blutandrang zum Kopfe, ohne jedoch irgend einen bedeutenden Schmerz zu empfinden. Vorzugsweise an Schlaflosigkeit, Aengstlichkeit und Rastlosigkeit leidend, fürchtete er geisteskrank zu werden, seinen gegenwärtigen Zustand als Folge seiner früheren luetischen Erkrankungen betrachtend, von welchen jedoch keine Spur vorhanden war. Im Februar empfand er Zittern im linken Arm und Bein, sowie ein prickelndes Gefühl in der linken Hand und in den Fusssohlen. Die Unruhe und Angst nahmen zu, und er fühlte den Drang, „hinaus zu stürzen." Ende Mai nahm er seine amtliche Beschäftigung wieder auf, die er jedoch bald, gequält von dem Eindruck, dass seine Amtsgenossen ihn übelwollend und verachtend betrachteten, aufgab. Während des Sommers wurde er allmälig ruhiger. Am 16. September begann er an dumpfem Hinterkopfschmerz zu leiden; darauf wurde er zeitweise von Wein-Paroxysmen mit Angstgefühl befallen. Am 14. October verspürte er beim Sprechen Schmerz im linken Ohre und ein Gefühl „als ob ihm etwas im Halse festsässe." Im Anfang November klagte er über Schmerz auf dem Scheitel und am Hinterkopfe, Stechen im Rücken, in den Händen und Füssen, und hatte das Gefühl, als müsse er „untersinken wo er stehe."

Als an Melancholie mit Aufregungsstadien und Gehörshallucinationen leidend, wurde Patient am 13. Mai 1882 unter Sealan's Beobachtung in der Irrenanstalt zu Lappwick in Finnland aufgenommen.

Status präsens: Sensibilität und Motilität normal; Ernährung gut. Am 17. März 1883 verliess er die Anstalt, wurde jedoch nach 2½ Monaten wieder aufgenommen. Körperliche Störungen waren nicht vorhanden. Im Juni wurde der Kranke stetig unruhiger, maniakalisch, aggressiv, unreinlich und auch zeitweise wieder kleinlaut und freundlich. Parese der Streckmuskeln der linken Hand mit Contractur der Hand und der Finger nach innen, ungestörte Sensibilität und intacte Bewegung des

Ober- und Unterarmes wurden am 2. August wahrgenommen. Am 11. September benahm sich Patient höchst ungestüm und maliziös, schrie und lärmte. Trotz seines übermässigen Appetits wurde er immer schwächer; es trat Oedem der unteren Extremitäten — ohne Albuminurie — später auch eine Glossitis auf, und am 22. Dezember 1883 — 6 Jahre nach dem Beginne der Krankheit — erfolgte der Tod.

Section: An der inneren Fläche der mässig gespannten und leicht abziehbaren Dura mater zeigte sich eine über beide Frontallappen ausgebreitete Pseudomembran; ein, unter der Dura mater, ein über der Mitte des linken Stirnlappens befindliches frisches Blutcoagulum; eine von der Dura mater etwas nach rechts von der Längenfurche ausgehende, kleine, runde, weisse, sehr feste, 1 cm. im Durchmesser haltende, von der Gehirnfläche völlig gesonderte Geschwulst — die sich bei näherer Untersuchung als ein spindelzelliges Sarkom erwies, — sowie eine, der Geschwulst entsprechende, schwache Impression im rechten *Gyrus centralis posterior*, an der Grenze zwischen dessen oberem und mittlerem Drittel. Die Centralwindung darunter war bleicher und verdünnt, aber sonst nicht nachweislich verändert. Das Ependym in allen Hirnhöhlen erwies sich stark granulirt. Die graue Substanz zeigte einen rosenrothen Anflug, besonders in den Stirnlappen. In der Rinden-Substanz der Nieren befanden sich einige kleine Abscesse.

S. nimmt an, dass die Contractur der linken Hand und der Finger, sowie auch das Gefühl von Zittern und Prickeln durch den Druck der Geschwulst verursacht wurde. Die eintretende vorübergehende Besserung des Patienten erklärt er sich durch die Annahme, dass die Geschwulst zu dieser Zeit in ihrer Entwickelung stille stand und das Gehirn, sich dem auf dasselbe ausgeübten Druck anpasste.

———

P. J. Cremen. — *Case of "Morbid Somnolence."* *British Medical Journal* *December* 12. 1885.

Der betreffende, im 55. Lebensjahre stehende Patient, fand wegen einer bedeutenden, angeblich durch eine ausgedehnte Fusstour herbeigeführten Erschöpfung am 10. Mai 1885 Aufnahme ins *Union Hospital.* Näheres, ausser der Angabe, dass er kürzlich von Amerika zurückgekehrt und ihm dort ein, seinen Kopf stark afficirender Trank gegeben worden sei, konnte nichts ermittelt werden.

Zur gewöhnlichen Stunde zur Ruhe verwiesen, erschien er am folgenden Morgen, flüchtig betrachtet, noch in natürlichen Schlaf versunken; man erkannte jedoch bald seinen Zustand als einen abnormen, da es in keiner Weise gelingen wollte, ihn zu erwecken. Die Augenlider und Kiefern waren fest geschlossen; Aufhebung der ersten zeigte nach oben gerichtete Augäpfel mit contrahirten Pupillen; Puls und Respiration ruhig; Temperatur 96° F.

Am folgenden Tage konstatirte man bei genauerer Untersuchung eine vollständige, den ganzen Körper betreffende Anaphie; Nadelstiche erzeugten nicht die geringste Reaktion. Lautes Anrufen blieb unbemerkt. Der Befehl, die in die Hand gegebene Tasse Milch auszutrinken, wurde, auch bei geschlossenen Augen, befolgt. Auf die Aufforderung, Fleisch zu sich zu nehmen, tastete er herum, bis er es erfasst hatte, und schluckte es nach gehörigem Kauen; als er nochmals nach einem Stück gabelte, wurde ihm gerathen, statt dessen Brod zu sich zu nehmen, was auch in derselben automatischen Weise geschah.

Der Muskelsinn schien während des tiefen schlafsüchtigen Zustandes zuweilen vermindert zu sein.

Tastsinn intact.

Mehrmals hatte Cremen Gelegenheit, den Patienten in seiner Somnolenz, bei geschlossenen Augen, sein Mittagsmahl unter Handhabung von Messer und Gabel verzehren zu sehen; oft machte derselbe dabei eine Pause und fuhr, erst auf's Neue dazu aufgefordert, zu essen fort.

Reflexe. Die oberflächlichen Reflexe aufgehoben; Patellarreflex gesteigert; Fussclonus abwesend.

Geruchsinn: *Liq. Ammon. fortior* wurde ihm vorgehalten, doch äusserte er, abgesehen von Thränenabfluss und Hustenanfall, kein ersichtliches Zeichen der Wahrnehmung.

Geschmacksinn: Bei Einführung verschiedener Mittel konnte nichts, weder in seinem Benehmen, noch in seinen Mienen entdeckt werden, was die Wahrnehmung ihrer Qualität hätte verrathen können.

Gehörsinn: Durchaus normal — was übrigens schon die oben angeführte Untersuchung erwiesen hatte.

Muskelrigidität: Der Patient, zwischen zwei Stühle gestreckt und zwar so, dass die rechte Achsel auf den einen, die linke Ferse auf den anderen zu liegen kam, ferner das rechte Bein in einem rechten Winkel gebogen war, zeigte, nach Auflegen eines 40 Pfund schweren Gegenstandes auf die rechte Brusthälfte nicht die geringste Neigung zu Lageveränderung.

In diesem kataleptischen Zustande verblieb der Kranke öfters 4 bis 5 Tage, zuweilen auch noch länger, und nur die Einwirkung eines starken magneto-electrischen Stromes vermochte ihn aus demselben zu befreien; der Strom, welcher Bewegungen und lautes Schreien verursachte, musste längere Zeit benützt werden, sollte der Kranke nicht bald in die frühere Lage zurückfallen. In den Intervallen gab er auf Anfragen zögernd und misstrauisch eine Antwort. Zuweilen lebhaft und lustig, zeigte er sich ein anderes Mal düster und niedergeschlagen. Auf Geheiss schritt er stets, ohne abzulenken, in gerader Linie dahin; wurde ihm ein Gegenstand in den Weg gestellt, so stiess er gegen denselben an. Dass kein optischer Defect vorhanden war, bewies sein auf vernommenen Befehl erfolgendes Ausweichen. Auf die Frage, weshalb er nicht unaufgefordert dem Hinderniss entwich, lautete die Antwort „dass er Alles genau nach Vorschrift ausführen wolle."

Dieser hypnotische Zustand konnte vom Arzt durch Schliessung der Augenlider und einen auf die Augäpfel ausgeübten Druck nach Belieben hervorgerufen werden, wogegen sich sowohl die Braid'sche als die *Vorschlags*methode erfolglos erwies.

A. Eulenburg. — Ein schwerer Fall von "Reflex-Epilepsie;" einseitiger Beugekrampf der grossen Zehe und des Fusses voraufgehend — später abwechselnd mit allgemeinen epileptischen und epileptoïden Anfällen. Erlenmeyer's *Centralblatt für Nervenheilkunde.* 9. Jahrgang. No. 1, 1886.

Der 23jährige, sonst immer gesunde und nicht hereditär belastete Patient empfand im Anfang des Jahres 1882 beim Anziehen des rechten Stiefels plötzlich ein circa ½ Minute dauerndes schmerzhaftes, krampfhaftes Zucken der grossen Zehe mit Beugung derselben und Plantarflexion des Fusses. Nach wiederkehrenden localen Krämpfen erfolgte

auch noch Beugung des rechten Unter- und Oberschenkels. Im März 1882 entstand ein mit tonischer Beugung der grossen Zehe eingeleiteter epileptischer Anfall mit ausgebreiteten, rechts prädominirenden Krämpfen und vollkommener Bewusstlosigkeit; ein ähnlicher Fall wurde wenige Wochen darauf bemerkt.

Sämmtliche operative Mittel, z. B. Aetzung, später Exstirpation einer unter der grossen Zehe befindlichen Warze, Extrahirung des Nagels, Exarticulation der grossen Zehe (wegen einer Exostose der Endphalanx desselben) erwiesen sich als erfolglos.

Im Mai traten die localen Krämpfe erst nächtlich ein, doch nahmen dieselben an Häufigkeit nach und nach zu, bis sich im Laufe des Tages 30 Anfälle einstellten. Im September entstand nochmals ein „mit tonischer Beugung der grossen Zehe eingeleiteter epileptischer Anfall," welcher sich nach zwei Wochen, diesmal ohne vollständige Bewusstlosigkeit, wiederholte. Im October wurde eine Dehnung des *N. ischiadicus* vollzogen, in Folge dessen sich eine drei Monate bis zur Heilung eiternde, septische Phlegmone entwickelte. Da die localen Anfälle dennoch wiederkehrten, wurde im Jahre 1883 die Resection eines empfindlichen (?) Astes des *N. peroneus* am Fussrücken ausgeführt. Allgemeine epileptische oder epileptoïde wechselten fortwährend mit localen Anfällen.

Sensibilitätsdefecte fanden sich an allen Operationsnarben, sowie in der Gegend des *Malleolus internus;* sonst zeigte sich die Hautsensibilität am ganzen Fusse und Unterschenkel vollständig normal. Eine erhöhte Druckempfindlichkeit liess sich ausschliesslich am Stamme des *N. peroneus* nachweisen, welche jedoch bei tiefem Druck abwärts strahlte. Erhöhung der mechanischen, sowie der elektrischen Nervenreizbarkeit bestand nicht; auch liessen sich durch Druck auf die Nervenstämme der Kniekehle locale Krampfanfälle nicht provociren — dagegen konnten entsprechende Anfälle (tonischer Beugekrampf der grossen Zehe, Plantarflexion des Fusses) durch Bestreichen der Fussohle zu manchen Zeiten leicht ausgelöst werden.

Muskelcontractilität — elektrische und mechanische — sowie Reflexe normal.

Aeusserlich und innerlich angewandte Mittel sowohl als subcutane Injectionen blieben erfolglos.

Eulenburg hält es für wahrscheinlich, dass bei der sogenannten Reflexepilepsie anfangs eine rein partielle, auf eng umschriebene Gebiete begrenzte, excessive motorische Excitabilität besteht, aus welcher dann (auf Grund noch völlig unbekannter pathogenetischer Bedingungen) bei wiederholter und häufig wiederkehrender Reizung eine stufenweise Erhöhung der Convulsibilität im subcorticalen motorischen Centren (Pons, Oblongata) und auch in der Gehirnrinde allmälig hervorgeht.

Dr. R. Mollenhauer, New York.

(Schluss in No. 6.)

Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Dr. Salomon Solis-Cohen (Philadelphia). — Some recent Addition to the Materia Medica of Laryngology. — *N. Y. Medical Journal.* Vol. XI. III. No. 10. —

Um die Empfindlichkeit der entzündlich gereizten Schleimhaut in Larynx und Pharynx herabzustimmen empfiehlt Dr. Solis-Cohen eine frisch zubereitete Infusion von Erythroxylon. Dieselbe wendet er entweder als Spray oder als Gurgelwasser an. Die gleiche Lösung ist zu empfehlen gegen Odynphagie bei acuter Amygdalitis, gegen den Schmerz, welcher der Entfernung adenoider und anderer hypertrophischer Gebilde folgt; ferner gegen Turgescenz der Schwellkörper bei acuter Coryza.

Eine dreiproz. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd, welche noch mit ein oder zwei gleichen Theilen Wasser zu verdünnen ist, ist als eins der besten Mittel zu betrachten, um tuberculöse oder syphilitische Ulcerationen zu reinigen, zu desinficiren und zu stimuliren; dasselbe erweicht ferner die Krusten bei Ozaena und veranlasst Absorption resp. bessere Ernährung der erkrankten Schleimhaut durch Abgabe von Sauerstoff.

Aconitin-Oleat (2 Th. des Alkoloids auf 98 Th. Oelsäure) soll bei acuter und subacuter Laryngitis den Schmerz vermindern und die Entzündung herabsetzen. Dr. Solis-Cohen hat dasselbe auch bei chronischer Laryngitis, Pharyngitis und Rhinitis erfolgreich angewendet, wenn der Schmerz ein besonders lästiges Symptom bildet.

Morphin-Oleat wandte er als ein örtliches Sedativum und Analgesicum an, wenn er eine länger dauernde Wirkung als die des Cocain's wünscht.

Resorcin dient als Antisepticum und zwar in Pulverform mit Amylum, Tannin, Bismuth oder Gummi arabicum gemischt. Referent hat jedoch beim Gebrauche desselben wenig Erfolgreiches gesehen.

Endlich befürwortet Dr. Solis-Cohen die Inhalation von Jodäthyl im Respirator von Yeo bei tuberculöser Laryngitis, syphilitischer Rhinitis und Pharyngitis, sowie auch bei gewöhnlicher Ozaena.

Dr. J. Gottstein. — Zur Operation der adenoiden Vegetationen im Nasen-Rachenraume. — *Berliner klinische Wochenschrift*; No. 2. 1886.

Das von Dr. Gottstein beschriebene Instrument, welches zur Entfernung der genannten, wie aller hypertrophischen Bildungen im Nasenrachenraume dienen soll, ist weder eine Schlinge, noch eine Pincette oder Curette, sondern messerartig. Es besteht aus einem 7 cm. langen Stahlschaft, welcher in einen starken Griff eingelassen ist. Derselbe hat ein birnenförmiges, flaches Ende, welches im rechten Winkel gebogen sich ansetzt ähnlich einem stumpfen Haken. Es ist fenestrirt und der innere Rand der Oeffnung ist scharf und bildet die Schneide des Instrumentes. Führt man dasselbe so ein, dass das Ende gegen die hintere Pharynxwand angedrückt werden kann, so werden alle prominenten Wucherungen entfernt.

Das von Dr. Lange (Kopenhagen) beschriebene ähnliche Instrument hat jedoch mehr die Form einer Curette.

Dr. Waxham. — "On Intubation of the larynx in the Croup of Children." — *Chicago Medical Journal and Examiner;* March, 1886.

In 17 Fällen von acut sich entwickelnder Larynx-Stenose, in welchen die Tracheotomie indicirt war, gebrauchte Dr. Waxham die von Dr. O'Dwyer angegebene Serie von Canülen zur Tubage des Larynx. Es gelang ihm durch dieses Verfahren acht der Fälle zu retten, jedenfalls ein erstaunlicher Erfolg, welchen er gegenüber der Tracheotomie aufzuweisen hat. Er zählt die grossen Vortheile auf, welche diese einfache Procedur gegnüber der Tracheotomie nach seiner Ansicht hat, bei welcher die Gefahren der Operation und Nachbehandlung der letzteren völlig vermieden werden.*)

Die Canüle blieb durchschnittlich sechs Tage im Larynx liegen und war das jüngste Kind, in dem das Verfahren mit Erfolg angewendet wurde, 20 Monate alt.

Dr. Victor Lange. — Aluminium acetico — tartaricum und Aluminium acetico — glycerinatum. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde; sowie für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten;* No. 10. 1885.

In allen Fällen von Erkrankung der Nase, Pharynx und Larynx, in welchen ein Astringens oder ein Causticum indicirt sind, empfiehlt Dr. Lange die Anwendung dieser Mittel nach dem Beispiel Dr. Max Schaeffer's (Bremen), welcher dieselben zuerst anwendete. (S. *Deutsche Med. Wochenschrift.* No. 23. 1885.)

Das *Aluminium acetico-tartaricum* ist fünfmal stärker als das *Aluminium acetico-glycerinatum siccum*, welches ungefähr der Borsäure-Wirkung gleichkommt. Das erstere ist von derselben Stärke, wie eine Höllensteinlösung von 1 : 5. Wird es in Substanz angewendet, so verursacht es einen oberflächlichen weissen Schorf, welcher sich nach einigen Tagen abstösst, wie der mit Höllenstein erzeugte.

Einen Theelöffel einer 50 proc. Lösung dieses Salzes (*Al. acet. tartar.*) mit einem Liter Wasser gemischt dient als Gurgelwasser und zu Einspritzungen. Namentlich bei Ozaena oder Krustenbildungen soll es vorzüglich wirken, wenn es nach Entfernung der Krusten, wenn solche vorhanden, in Substanz auf die Schleimhaut angewendet wird und zwar aller vier bis fünf Tage. Eine schwache Lösung soll in chronischem, eitrigem Mittelohrkatarrh gute Dienste leisten.

Das *Aluminium acetico-glycerinatum siccum* dient zu Insufflationen bei Larynx—Phthise und bei einfacher Rhinitis und Pharyngitis.

Dr. Ziem. — Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen. — Ibidem; Februar 1886.

In fünf Fällen von foetider und neunzehn Fällen von einfacher Nasenblennorrhöe eröffnete Dr. Ziem das *Antrum Highmori* einer oder beider Seiten. In den meisten Fällen entleerte sich aus demselben ein stinkender Eiter und der Erfolg war bei den meisten Patienten ein sehr befriedigender. Z. operirte gewöhnlich in der Art, dass er durch eine meist künstliche geschaffene Zahnlücke in das Antrum eindrang. Wei-

*) Nach den in No. 4 der New Yorker Medizinischen Presse (S. 182) veröffentlichten Ansichten Prof. Weinlechner's muss man annehmen, dass entweder die Instrumente von O'Dwyer bedeutend verbessert worden sind — oder dass manche Fälle Waxham's auch ohne Eingriff genesen wären. (D. Red.)

gerte sich aber der Patient, sich einen Zahn ziehen zu lassen, so drang er durch die *Fossa canina* des Oberkiefer's ein. Referent bezweifelt, dass man hierzulande mit den Patienten so leichtes Spiel haben wird, zumal da der endgültige Erfolg immerhin noch fraglich sein dürfte.

Dr. Michel. — Ueber Keuchhusten-Behandlung. — *Deutsche Med. Wochenschrift;* 4. Februar 1886.

Nach Hack, Schadewald, Wille u. A. ist der Keuchhusten als eine Reflex-Neurose anzusehen, welche von Reizung der Nasenschleimhaut ausgeht. Von derselben Ansicht ausgehend behandelte Dr. Michel fünfzig Fälle dieser Krankheit durch Insufflationen auf die Nasenschleimhaut.

Während man bisher mittelst interner Darreichung der verschiedensten Mittel nur eine Milderung in der Zahl und Heftigkeit der Anfälle erreichte, aber niemals die Krankheit zum Aufhören bringen konnte, behauptet er in dieser Beziehung fast ausnahmslos erfolgreich gewesen zu sein.

Er verwirft die von Sommerbrodt geübte und empfohlene Abtragung der Nasenmuscheln mit dem Galvanokauter, welche er mit Recht als einen zu schweren Eingriff betrachtet; ebenso natürlich die Nasendouche.

Die Pulver, welche er gebraucht hat, enthalten *Chininum muriaticum, Benzoësäure, Bromkali, Benzoïn, Tannin, Borsäure, Salicylsäure, Jodoform, Cocain, Natron bicarbonicum* und *Marmormehl;* das letztere nur zu Controlversuchen, um die einfache mechanische Wirkung eines indifferenten Pulvers zu probiren. Die besten Resultate erzielte M. mit Chinin und Benzoësäure, die schlechtesten mit Salicylsäure, Borsäure, Jodoform und Cocain.

In 86 % der Fälle wurde die Zahl und Heftigkeit der Anfälle bedeutend gemindert schon während der ersten Woche der Behandlung.

In 16 % (acht Fälle) endete die Krankheit nach drei Tagen; sechs Fälle waren nach einer Woche vollständig geheilt; in sechs weiteren Fällen bestand die Krankheit in milder Form noch etwa drei bis vier Wochen. Drei Fälle endeten lethal in Folge eingetretener Broncho-Pneumonie.

In 43 Fällen waren die ersten zwei, drei Insufflationen von eklatanter Wirkung, indem sie sofort eine wesentliche Besserung herbeiführten.

Für diese Behandlung am günstigsten erwiesen sich diejenigen (frische und protrahirte), bei welchen die Stickanfälle und das "Ausbleiben" am markirtesten waren. M. berichtete den Fall eines 10 Monate alten Kindes, welches sechs Wochen lang täglich 40 Anfälle hatte und welches durch Insufflationen von Chinin in sechs Tagen geheilt wurde; nach 14 Tagen war kein Recidiv eingetreten. Ein anderer Fall war der eines 4jährigen Mädchens, welches vier Monate krank gewesen war und täglich zehn sehwere Anfälle hatte. Morphium war ohne Wirkung geblieben. Nach sechs Insufflationen ward dieses Kind ebenfalls geheilt entlassen.

M. betont zum Schlusse die ungünstige Einwirkung gewisser meteorologischer (feuchte, kalte Winde) und hygienischer Faktoren, welche jede Behandlung lahm legen.

Dr. Beverly Robinson. — On Alimentation in Laryngeal Phthisis. — *N. Y. Med. Journal*; No. 4 und 5. 1886.

In zwei Fällen von Larynx-Phthisis mit Ulcerationen versuchte Dr.

Robinson die Patienten zu überfüttern mittels des Schlundrohres, doch erfolglos; bei einem dritten Falle gelang es ihm eine Gewichtzunahme dadurch zu erzielen. In einigen anderen Fällen wendete R. nährende Klystiere an von defibrinirtem Rinderblute; dabei wurde jedoch das Rectum häufig ausgewaschen, um die Anhäufung theerartiger Blutcoagula zu vermeiden. Ferner benutzte er dazu erfolgreich die von Morrel Mackenzie angegebene Emulsion von feingehacktem Fleisch, Pancreas, Fett, Brandy und Wasser.

Dr. F. H. Foster. — On artifical drumheads. — *Medical Current, Chicago;* Februar 1886.

Eine vierzigjährige Frau hatte in ihrer Jugend während eines Scharlachanfalles eitrige Otitis gehabt und grosse Perforationen in beiden Trommelfellen. Die Uhr wurde nur beim Aufdrücken auf die Ohrmuschel gehört, Flüsterstimme gar nicht. F. schloss die Perforation durch Einführen eines Stückchens feuchter Carbolwatte nach Art eines künstlichen Trommelfelles und sofort wurde die Uhr auf 3 Zoll Entfernung, Flüsterstimme auf 2 Fuss und leises Sprechen auf 15 Fuss gehört.

Dr. W. Cheatham. — Parotitis followed by total deafness in one ear. — *American Practitioner & News, Louisville*; March 1886.

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass die Taubheit nicht Folge einer Mittelohrerkrankung, sondern nervösen Ursprungs war. Das Aussehen des Trommelfelles der ergriffenen Seite war viel besser, als das des anderen, hörenden. Diese Fälle sind sehr selten; Roosa fand nur 10 in 5000 Ohrenkranken.

Dr. Lawrence Turnbull. — On Inflation of the Eustachian tube in the aural catarrh of Children. *Medical and Surgical Reporter, Philadelphia*; March 6th. 1886.

Zu diesem Zwecke bedient sich T. einer weichen Gummiröhre, an deren einem Ende ein Mundstück und an dem anderen ein olivenförmiger Ansatz angebracht ist, welcher in das Nasenloch des Kindes passt. Durch dieselbe kann entweder der Arzt oder die Mutter die Tuben resp. die Paukenhöhlen aufblasen; natürlich muss das sehr vorsichtig und leise geschehen und muss die Mutter des Kindes instruirt werden, dass sie während des Schluckaktes den günstigen Zeitpunkt trifft, welcher die Tubenöffnung erweitert und die Mundhöhle abschliesst.

Dr. Stanislaus von Stein. — Ueber die Massage der Gehörknöchelchen. — *Deutsche Med. Wochenschrift,* 18. Febr. 1886.

Nach einer kurzen Uebersicht über die Geschichte der verschiedenen Methoden, welche die Behebung der partiellen Ankylosen der Gehörknöchelchen bezwecken von Urbantschitsch, welcher zuerst (1876) mit der Sonde einen Druck auf den Steigbügel ausübte und Michel, welcher das Trommelfell incidirte bis auf Lucae, dessen federnde Drucksonde er selbst mit Erfolg benutzt, giebt Verf. eine Uebersicht über alle die verschiedenen chemischen, mechanischen, chirurgischen und elektrischen Behandlungsmethoden des sklerosirenden Mittelohrkatarrhs.

Die Symptome, welche dem Gebrauche der Lucae'schen Drucksonde

unmittelbar folgen, sind meist ungünstiger Art; dieselben bestehen in einer Hyperämie um den Hammergriff und in der Shrapnell'schen Membran, welche tagelang anhalten kann, in einer Verminderung des Hörvermögens und Schmerz. In diesen Fällen sollte die Massage Anfangs in 5 bis 6tägigen Intervallen geschehen, täglich erst später, wenn der Eingriff besser ertragen wird.

In der ersten Sitzung sollte der kurze Hammerfortsatz nur sehr leicht mit der Sonde touchirt werden; mit jeder weiteren Sitzung aber sollte der Druck verstärkt werden, bis zuletzt die ganze Kraft der Feder in Anwendung kommt.

„Die Zahl der Stempelbewegungen muss sich nach der Reizbarkeit des Trommelfelles richten." Während der Zwischenzeit sollte die Luftdouche angewendet werden. Im Anfange der Behandlung sind die Resultate öfters entmuthigend; doch, wenn Arzt und Patient die Geduld nicht verlieren, so ändert sich das nach einer bestimmten Zeit gänzlich.

Menière. — *Bulletin et Mem. de la Societé d'Otologie.* Band II, Heft 2.)

M. beschreibt zwei Fälle von Taubheit nach Parotitis und glaubt, dass dieselben einer lokalisirten Meningitis zugeschrieben werden können.

Gegen *Otitis media purulenta* empfiehlt derselbe Sublimat 0,05 bis 0,3 auf 10,0 Glycerin.

Hommel. — Mechanische Behandlung des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. *Archiv f. Ohrenheilkunde* 1886.

Als Heilmittel gegen chronischen Mittelohrkatarrh lobt Hommel die Tragusprese.

Dieselbe besteht in wiederholten Einpressungen des Tragus, wodurch abwechselnd eine Steigerung und Herabsetzung des Luftdruckes im Tympanum erzeugt wird. Er empfiehlt den 4 bis 6maligen Gebrauch derselben in 24 Stunden, in einem Tempo von 120 pro Minute, etwa 1 bis 1½ Minuten lang. Das entspricht also per Tag etwa 600—1000 Bewegungen des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen.

Die Resultate dieser Behandlung in einem beschriebenen Falle waren sehr zufriedenstellend.

Vor der Behandlung war die:

Hörweite (Taschenuhr) R. O. 150 cm.
" L. O. 10 "

Nach der Behandlung, d. h. nach der mehrere Monate langen regelmässigen, in der angegebenen Weise ausgeführten Traguspresse war die

Hörweite (Taschenuhr) R. O. 610 cm.
" L. O. 40 "

Ferner berichtete Hommel die Geschichte eines Knaben, dessen

Hörweite (Taschenuhr) R. O. 12 cm.
" L. O. 5 "

war, ehe er mittelst der Traguspresse behandelt wurde. Er war bereits 6 Jahre ohrenleidend, hatte links eine Perforation, rechts eine starke Trübung des Trommelfelles.

Nach mehreren Jahren war seine

Hörweite (Taschenuhr) R. 340 cm.
" L. 160 "

Das Verfahren scheint demnach ein vielversprechendes zu sein.

Dr. S. Kohn.

Correspondenzen.

Detroit, im März 1886.

Dem Beispiele Ihres San Francisco'er Correspondenten folgend, will ich eine Schilderung des hiesigen medizinischen Lebens geben, so gut ich es eben vermag. Wir haben hier, bei einer Bevölkerung von 170,000 Seelen ungefähr 300 Aerzte, so dass auf einen Jünger Aesculap's 566 Seelen—oder sagen wir lieber Körper—kommen. In dieser Schätzung sind natürlich die Quacksalber mit einbegriffen, von denen eine beträchtliche Anzahl die Stadt unsicher macht. Da haben wir z. B. einen sogenannten "Cancer-doctor," welcher vorgiebt, Krebse irgend welcher Art ohne Anwendung des Messers, d. h. ohne Operation, heilen zu können. Natürlich gebraucht dieser Mensch die Arsenikpaste und richtet mit ihr manchmal schreckliche Verwüstungen an. So begegnete ich neulich einem Bauern in der Strassenbahn, dem die zerstörende Paste fast die ganze Augenhöhle ausgefressen hatte. Dieser biedere Landmann hatte, wie er mir selbst mittheilte, während der Anwendung des Arzeneimittels die schrecklichsten Schmerzen ausgestanden, zog aber doch das Aetzmittel, von dem er sprach, als ob es eine Entdeckung des Krebsdoctors wäre, einer chirurgischen Operation vor. Die Dummen werden eben nie alle.

Ein anderer, welcher sich "Magnetic Healer" nennt, curirt durch Händeauflegen und soll bei den Damen sehr beliebt sein ; ein dritter heilt vermittelst des Gebets und soll sich bei alten Jungfern, welche—wie ja schon Wilhelm Busch's "Pater Filucius" beweist—gerne mit sich beten lassen, eines ausgezeichneten Rufes erfreuen. Der Zufall will es nun, dass die meisten Patienten dieser Burschen hysterische Frauenzimmer sind, deren imaginäre Krankheit auch wieder durch die Einbildung geheilt wird und auf diese Weise erlangen sie immer wieder neue Opfer.

Einen komischen Anblick bietet der "Root-Doctor," welcher täglich mit einem Korb Wurzeln auf dem Rücken und einem blanken Beile an der Seite, gefolgt von der jubelnden Strassenjugend, unsere Stadt durchzieht.

Ausser diesen haben wir hier noch eine sog. „*Medical and Surgical Association*," welche sieben bis acht „Aerzte" beschäftigt und in jeder grösseren Stadt der Union ein Bureau besitzt.

Zu diesem Gelichter müssen auch noch die Abortionisten gezählt werden, an denen es hier durchaus nicht fehlt. Die meisten sind Jedermann bekannt, treiben aber trotzdem unbeanstandet ihr mörderisches Gewerbe. Verschiedene dieser schamlosen Menschentödter standen schon wiederholt, der Abortion angeklagt, vor Gericht, wurden aber immer freigesprochen. Warum? *Quien sabe?* Giebt es kein Mittel diesen „Quacks" das Handwerk zu legen? Nein. Es wurde zwar im letzten Jahre ein medizinisches Gesetz erlassen; doch war und ist dasselbe ein todter Buchstabe. Das Gesetz bestimmt, dass Keiner im Staate Michigan die ärztliche Kunst ohne Diplom, d. h. ohne promovirt zu haben, ausüben dürfe. Das Gesetz wird, wie gesagt, gar nicht beachtet. Die zahlreiche Mordbande, welche aus anderen Staaten vertrieben, hier einwandert, hängt ruhig ihr Schild aus und singt vielleicht noch höhnisch:

„Es ist mir Alles eins,
Ob ich ein Diplom hab' oder keins!"

Es ist ersichtlich, dass wenn man die Patienten, welche den Kurpfuschern zuströmen, und diejenigen, welche regelmässig den verschiedenen Kliniken zulaufen und sonst die Hülfe des Stadtarztes in Anspruch nehmen, in Abzug bringt, kaum zweihundert Patienten auf jeden promovirten Arzt entfallen. Und davon soll ein anständiger Mensch leben!

Detroit hat acht Hospitäler. Das *Harper Hospital* wurde während des Bürger-Krieges begründet und war ursprünglich zur Aufnahme verwundeter Unionssoldaten bestimmt. Es bestand zuerst aus „Frame"-Häusern, welchen sich das Gebäude des „*Detroit Medical College*" anschloss. Dieselben haben im verflossenen Jahre einem imposanten Steinbau Platz gemacht, der in jeder Weise einen günstigen Eindruck macht. Das Hospital enthält 100 Betten, ein schönes, luftiges Operationszimmer, einen guten Speisesaal, Apotheke, elegante Wartezimmer, u. s. w. Daselbst werden alle Krankheiten, mit Ausnahme der ansteckenden, behandelt; Geburtsfälle werden in eine besondere Abtheilung des Hospitals aufgenommen, welche unter der Aufsicht einer Dame (Matron) steht. Im Hospital selbst sind zwei Aerzte angestellt, ein „House"-Arzt, nebst einem Assistenten.

Bei dem erstgenannten, der zugleich Superintendent ist, müssen alle Anmeldungen zur Aufnahme gemacht werden. Der Kranke kann jedoch, wenn er es wünscht, seinen eigenen Arzt zu Rathe ziehen und sich von ihm im Hospital behandeln lassen. Ausserdem besteht in Harper's, wie man es hier schlechtweg nennt, ein Collegium der Aerzte, welche abwechselnd im Hospital Dienst haben und dort täglich ihre Besuche abstatten müssen. Die Anstalt enthält viele Zimmer, welche noch

gar nicht in Gebrauch genommen sind und ist im Stande, wenn nöthig, 150—180 Kranke aufzunehmen.

Dr. McGraw, einer der Chirurgen des Hospitals, war einst bei Langenbeck Assistent, während Dr. McLean, ebenfalls Wundarzt, Professor der Chirurgie an der Universität von Michigan ist. Im Grossen und Ganzen ist das ärztliche Collegium an diesem Hospital ein vortreffliches, weil die meisten der Herren ihre Ausbildung an den ersten Lehranstalten des Landes erhalten haben.

Die *Farrand Training School for Nurses*, welche 1884 zum Andenken an David Osborn Farrand, einen prominenten amerikanischen Chirurgen, gegründet wurde, steht mit dem *Harper Hospital* in Verbindung. Die Zöglinge dieser Schule werden in der Anatomie, Physiologie, Verbandlehre, Kochen — kurz in Allem, was eine tüchtige Krankenwärterin wissen muss — unterrichtet. Die Vorlesungen werden von den Aerzten des Hospitals gehalten. Am Ende des Cursus wird eine Prüfung abgehalten und wer sie besteht, erhält ein Certificat als Krankenwärterin — die Schule wird nämlich ausschliesslich von Frauen besucht.

Das *St. Luke's Hospital* steht unter der Leitung der Presbyterianer, wird abwechselnd von sieben Aerzten besucht, und ist mit 80 Betten versehen. Ein junger Arzt versieht den Dienst im Gebäude und wohnt in demselben, um stets Nacht und Tag bei der Hand zu sein.

Das *St. Marien Hospital* wurde 1859 gegründet, enthält ungefähr hundert Betten und wird von den barmherzigen Schwestern verwaltet. Die Letzteren stehen ebenfalls dem *St. Joseph's Retreat for the Insane* vor, sowie dem *Home of Providence Infant Asylum and Lying in Hospital*, welches im Jahre 1868 organisirt und 1872 incorporirt wurde. Die Namen obengenannter Anstalten besagen schon, welchem Zwecke dieselben dienen. Das *Home of Providence* nimmt gewöhnlich jene Unglücklichen auf, welche in einer schwachen Stunde von einem Manne bethört wurden und nun, anstatt einem Leben der Schande oder gar dem Tode anheimzufallen, ruhig hinter den verschwiegenen Mauern des klosterähnlichen "Hauses der Vorsehung" die Folgen ihres Fehltrittes abwarten können, um sodann wieder makellos in die Welt einzutreten, vorgebend von einer Reise zurückzukehren.

Im *Woman's Hospital and Foundling's Home* versehen zwei weibliche Mediziner die Stellen der residirenden Aerzte. Auch hier finden jene, welche "*not wisely but too well*" geliebt haben, eine Zuflucht

Es ist nur schade, dass sämmtliche Anstalten, mit Ausnahme der *Harper*, *St. Luke's* und *St. Mary's* Hospitäler den hiesigen Studirenden der Medizin verschlossen sind, dass dieselben also keinen praktischen Unterricht in der Geburtshülfe erhalten können. Daher kommt es, dass hier Jahr ein Jahr aus Studenten promovirt werden, ohne je einen Geburtsfall selbstständig geleitet zu haben.

Traurig aber wahr! Auch ich wurde in meiner Vaterstadt zum Ritter der Arzneikunde geschlagen, ohne die nöthige praktische Kenntniss der *Ars obstetrica* zu besitzen. Ich habe zwar oft dem Geburtsakt beigewohnt, sogar die Anwendung der Zangen gesehen—aber was nützt das? darum musste ich mir meine Erfahrung wo anders holen, erst in New York wurde mir Gelegenheit dazu geboten. Aber immer werde ich an die Angst denken, welche mich während meines ersten Falles beherrschte -Alles schien schief zu gehen und der kalte Angstschweiss stand mir immerfort auf der Stirn. Als die Sache zu allseitiger Zufriedenheit erledigt, der Kleine angezogen, und die Wöchnerin comfortabel im trockenen Bette eingerichtet war, schöpfte ich erst wieder Athem und war so erfreut über den glücklichen Verlauf des Falles, dass ich dem stolzen Vater, einem Irländer, welcher mit der Bemerkung: "*He's a fine boy, sur,*" auf mich zutrat, die Bitte nicht abschlagen mochte, eins mit ihm auf das Wohl seines Kindes zu trinken.

(Pardon für die Abschweifung!)

Das *Detroit Sanitarium* ist ein Privat-Unternehmen, an dem auch einige Aerzte financiell betheiligt sind. Dieses Hospital enthält 50 Betten. Im Erdgeschoss befinden sich besondere, modern eingerichtete Räume für türkische, electrische und russische Bäder, welche nicht nur von den Kranken des Hospitals, sondern auch vom allgemeinen Publikum benutzt werden. Das Sanitarium brachte sich unlängst bei der hiesigen medizinischen Welt in Misscredit, indem es in den täglichen Zeitungen anzeigte, dass Jeder, der $5 im Voraus für ein Jahr entrichte, während dieser Zeit im Krankheitsfalle unentgeltlich im Hospital verpflegt und behandelt werden würde.

Das Marinespital, *United States Marine Hospital*, ist ungefähr 1½ engl. Meilen vom Rathhaus der guten Stadt Detroit entfernt und von einem grossen, schönen Garten umgeben. Hier versehen zwei Aerzte, ein Chirurg und sein Assistent, den Dienst.

In *Fort Wayne*, unweit unserer Stadt, befindet sich gleichfalls ein Hospital, in welchem zwei gewaltige Krieger, die statt des Schwertes die Lanzette führen, ihren Beruf ausüben.

Trotzdem unsere Aerzte über die ganze Stadt vertheilt sind, gibt es doch eine Strasse, in der sie sich mit Vorliebe ansiedeln. Es ist dies die Lafayette Avenue, in welcher an jedem dritten Haus ein Doctorschild prangt und welche deshalb den bezeichnenden Namen *Pill Alley* erhalten hat.

Ein halbes Dutzend Kliniken, von denen zwei der Augen- und Ohren-Heilkunde gewidmet sind, ermöglichen es dem Armen, unentgeltlich ärztliche Behandlung zu erlangen. Leider stehen sie auch dem Bemittelten offen, d. h. dem Geizigen, welcher nicht selten sich dort medizinischen Rath holt. Es ist klar, dass die Kliniken nur dazu beitragen, das Verdienst des Arztes zu schmälern, *id est* des Arztes, der mit der Klinik nichts zu schaffen hat. Es wäre wünschenswerth, wenn in diesen Wohlthätigkeitsanstalten nur wirklich Unbemittelten ärztliche Hülfe gewährt werden würde.* Statt dessen zeigt die "*Detroit College of Medicine Clinic*" noch in allen Zeitungen an. Diese Klinik hängt mit der Lehranstalt gleichen Namens zusammen und wird stark frequentirt. *Harper's* und das *St. Mary's Hospital* besitzen ebenfalls eine eigene Klinik. Die Augen- und Ohren-Klinik letzteren Hospital's, *St. Mary's Free Eye and Ear Infirmary*, ist sogar weit und breit berühmt und giebt jedes Jahr einen Bericht heraus.

Die homöopathische Klinik steht unter der Leitung von acht Jüngern Hahnemann's, während die *Homoeopathic Free Eye and Ear Clinic* von drei Aerzten geleitet wird.

Der Gesundheitsbeamte unserer Stadt, Dr. W. O. Wight, ist von erprobter Tüchtigkeit. Lange Zeit versah er denselben Posten, den er hier bekleidet, in Milwaukee. Seinen fortgesetzten Bemühungen verdanken wir die Abschaffung mancher Uebelstände. Seine Stelle ist übrigens für hiesige Verhältnisse sehr gut dotirt; er bekommt ein jährliches Gehalt von $2500.

Drei Stadtärzte, welche von der Armencommission angestellt werden, behandeln die Armen umsonst, während das *County Wayne* für seine Armen ebenfalls drei Aerzte in Detroit unterhält.

Detroit besass bisher zwei medizinische Colleges, die sich s. Z. bitter bekriegten. Das "*Detroit Medical College*" wurde 1868 gegründet, während das "*Michigan College of Medicine*" im Jahre 1879 das Licht der Welt erblickte. Da diese Institute nicht mehr bestehen, lohnt es sich nicht, viel über sie zu sagen. Da die beiden Lehranstalten seit vielen Jahren in bitterer Fehde mit einander gelegen hatten, war die hiesige ärztliche Welt höchlichst erstaunt als sie sich 1885 die Hände reichten, Frieden schlossen, und sich, durch ein Gesetz der Legislatur dazu ermächtigt, vereinigten. So entstand das "*Detroit College of Medicine*," an dem — man höre und staune! — 32 Personen lehren.

Es werden jetzt Anstrengungen gemacht die medizinische Abtheilung der Universität von Michigan nach Detroit zu verlegen, was jedenfalls das Richtigste wäre.

Von medizinischen Gesellschaften sind vier erwähnungswerth, die "*Academy of Medicine*," welche 1869 gegründet wurde und alle zwei Wochen eine Versammlung abhält, — das "*College of Physicians and Surgeons*," ein homöopathischer Verein welcher jede Woche seine Weisheit vom Stapel lässt, die "*Wayne County Medical Society*" und — die "*Detroit Medical and Library Association*." Der letztgenannte medizinische Verein ist der grösste Detroit's, hat 92 Mitglieder und sein eigenes Versammlungslokal, während sich die anderen in den Sprechzimmern ihrer Mitglieder zusammenfinden.

Damit ist meine Beschreibung der medizinischen Verhältnisse Detroit's zu Ende.

Hinzufügen muss ich nur noch, dass Dr. J. H. Carstens, einer unserer tüchtigsten deutsch-amerikanischen Aerzte (er ist Professor der Geburtshülfe am hiesigen College) in der letzten Woche hochgeehrt wurde, indem ihn die gynäkologische Gesellschaft von England zum Mitglied (Fellow) erwählte.

Dr. Hugo Erichsen.

Cincinnati, Ende März 1886.

Letztes Mal führten wir Ihre werthen Leser in das Reich des Narrendoctors, heute sollen sie mit den wirklichen medizinischen Verhältnissen unserer Stadt bekannt gemacht werden. Die Thatsache, dass sich das Selbstbewusstsein der Einwohner einer in ihrer Kindheit befindlichen Stadt, in den daselbst gegründeten Erziehungs-Anstalten äussere, hat sich auch bei uns bewährt. Im Jahre 1819, als der Staat Ohio noch eine Wildniss war, und Cincinnati die geringe Zahl von etwa 10,000 Einwohnern besass, stiftete Dr. Daniel Drake das „*Medical College of Ohio*". Damit begann die „Sturm- und Drang-Periode," welche die verschiedenartigsten, sehr oft in die feindseligste Stellung gegen einander gerathenden Geister bewegte.

---

* Diesem Uebelstande wird hier in New York durch die "*Charity Organization Society*" abgeholfen, welche alle zweifelhaften Fälle durch ihre Agenten untersuchen lässt. Das deutsche Dispensary, sowie die deutsche Poliklinik, haben sich der Dienste derselben versichert.

Während jener kriegerischen Zeit, welche sich über viele Jahre hinaus erstreckte, bestand das *College* siegreich und sogar bis zum heutigen Tage nehmen die Vorkämpfer und bei der Gründung angestellten Lehrer eine einflussreiche Stellung ein. Zu den Kämpfenden und Lehrenden jener und späterer Zeiten müssen vor allen Dan. Drake, S. D. Gross, R. D. Mussey, Blackmann, M. B. Wright und R. Bartholow gerechnet werden. Mit den Jahren wurde das *College* allmälig durch Errichtung verschiedener Laboratorien, einer Anatomie, geräumiger Kliniken u. s. w. vergrössert und erweitert. Nicht weniger bedeutend, obschon viel jünger als das *Ohio Medical*, ist das *Miami Medical College*.

Das „*Cincinnati Hospital*" und das „*Good Samaritan*" stehen den Studenten der Medizin in unserer Stadt zum Besuche frei zur Verfügung. Nebenbei sei bemerkt, dass sich diesen beiden obengenannten Colleges noch vier andere — das „*Regular-*, das *Eklektische-*, das *Homöopathische-* und bis vor Kurzem, das *Physio-Medical*" — anschliessen; daher lässt sich's leicht begreifen, wo man die circa 500 Medizin-Beflissenen, welche die in der Nähe von Cincinnati gelegenen kleineren Städte und Ortschaften jährlich uns zusenden, unterbringt.

Vor drei Jahren wurden zwei Kinder-Spitäler, für welche ein dringendes Bedürfniss sich schon seit langer Zeit fühlbar gemacht hatte, in's Leben gerufen: das eine, „*The Home for Sick Children*", ein grosses, helles, mitten in der Stadt gelegenes Haus, wird gänzlich von Frau M. L. Nichols, des reichen und höchst wohlthätigen Mr. Laworth's Tochter, unterhalten.

Dreissig kranke Kinder werden hier täglich von Dr. F. Forchheimer, dem Vorstande der Anstalt und von einer Anzahl Aerzte besucht und behandelt. Das andere Kinder-Spital „*The Protestant Hospital for Children,*" etwas weniger geräumig als das erstere und ausserhalb der Stadt in reizender Umgebung gelegen, ist von der bischöflichen Kirche gegründet und wird von deren Mitgliedern erhalten.

Während des Winters 1884—85 grassirte in unserer Stadt eine Masern-Epidemie, welche eine hohe Sterblichkeit zeigte; in vielen Fällen wurde die Gefahr durch die Heftigkeit der begleitenden catarrhalischen Pneumonie gesteigert. Diesen Winter hatten wir eine unbedeutende Scharlach-Epidemie, mehrere ziemlich bösartige Diphtherie Fälle, und ganz besonders einige der Diphtherie ähnelnde Fälle von *Angina parenchymatosa*. Schreiber dieses hatte einen derartigen Fall in welchem sich Diphtheritis in der Folge entwickelte.

Aus den Berichten für den Monat Februar ergeben sich folgende Todesfälle ansteckender Krankheiten.

Scharlach: 9.
Diphtherie: 12.
Agpina Crouposa: 9.

Im Repräsentantenhaus unserer Legislatur wurde vor einigen Tagen eine *Bill* eingereicht, deren Inhalt die Ernennung eines „*Board of Public Health*" bezwecken soll; dieser *Board* soll denjenigen Aerzten, welche im Staat Ohio praktiziren sollen, nach glücklich bestandener Prüfung ein schriftliches Zeugniss und damit die Erlaubniss zum Practiziren geben. Natürlicherweise findet diese Bill in den „Irregulären" kampfbereite Gegner; sollte diese Bill einmal durchgehen, dann wäre dies ein Anfang vom Ende der Quacksalberei.

Dr. Robert W. Stewart.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Sitzung vom 5. April 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann.

Secretär: Dr. Willy Meyer.

Nach einer Executivsitzung, in welcher 5 Candidaten aufgenommen wurden, erhielt

Dr. E. Tiegel das Wort zu seinem Vortrage:

Ueber pneumatische Differentiation. Dieselbe wird ausgeführt mittelst eines Cabinetes das von Herrn Joseph Ketchum erfunden worden ist. Es ist ein Kasten gross genug, dass ein Mann bequem darin sitzen kann. Alle Wände sind aus Stahlplatten gemacht

bis auf die obere Hälfte der vorderen Wand, die aus einer grossen Glasplatte besteht. Das Cabinet ist überall luftdicht und kann hinten durch eine luftdicht schliessende Thüre verschlossen werden. In der Mitte der grossen Glasscheibe ist eine kreisrunde Oeffnung, die dazu bestimmt ist den Athemhahn aufzunehmen. Er steht in das Innere des Cabinets genügend vor, so dass man einen weiten Gummischlauch über ihn schieben kann. Der Hahn selbst ist von Hartgummi gemacht und so gebohrt, dass er entweder ganz abschliesst oder dann zwei Wege öffnet, von denen der eine dazu bestimmt ist, der Luft und den durch einen „*Spray*" zerstäubten Medicamenten Eintritt in die Luftwege des Patienten zu gestatten, während durch den anderen Speichel u. s. w. abfliessen kann.

Seitlich an der Wand ist ein einfacher Hahn zur Regulirung des Druckes im Cabinet. Ferner ist noch ein Quecksilbermanometer angebracht, dessen einer Schenkel mit dem Inneren des Cabinetes, dessen anderer mit der Zimmerluft communicirt. Auf dem Deckel ist ein besonders construirter Blasebalg. In ihm befinden sich zwei verstellbare Klappen. Durch die eine communicirt er mit dem Innern des Cabinetes, durch die andere mit der äusseren Luft. Den Klappen können zwei simultane Stellungen gegeben werden, die man als Stellung für Vacuum und Stellung für Variation bezeichnet. Sind die Klappen auf Vacuum gestellt, dann macht ein einziger Zug am Blasebalg ein relatives Vacuum im Innern des Cabinet von ca 30 Mm. Quecksilber. Ein höheres Vacuum ist fast nie nöthig; wenn man es doch haben will, kann es durch wiederholte Züge des Blasebalges erreicht werden. Wenn die Klappen auf Variation gestellt sind, entsteht durch Ziehen am Blasbalg ein relatives Vacuum, das aber nicht bestehen bleibt, sondern mit dem Nachlassen des Zuges sich wieder ausgleicht und sogar durch Druck auf den Blasebalg in Pression übergehen kann. Niemals aber betragen die Grenzen der Schwankung des Druckes mehr als 30 Mm. Quecksilber.

Bei der Behandlung nimmt der Patient den schon erwähnten Gummischlauch in den Mund und athmet so unter allen Umständen durch Athemhahn und Gummischlauch die äussere Luft. Sein ganzer übriger Körper aber ist dem im Cabinet erzeugten Druck unterworfen.

Das Cabinet wurde erfunden, um Dämpfe in den Bronchien und Alveolen condensiren zu können und so eine topische Behandlung der kranken Lungen zu ermöglichen. Bei der gewöhnlichen Athmung wird dies niemals der Fall sein können, auch wenn die eingeathmete Luft vollkommen mit Wasserdampf gesättigt ist, weil in den Lungen eine merkliche Erwärmung der Luft statt hat. Einathmung heisser Luft oder starke Abkühlung der Lungen sind beide unthunlich und wird immer die ausgeathmete Luft wärmer sein müssen, als die eingeathmete. Der Thaupunkt liegt aber um so höher, je höher der Druck ist, unter welchem eine Gas-Dampfmasse steht. Bei der gewöhnlichen Einathmung ist der Druck unter dem Luft entweicht nur Bruchtheile eines Mm. Quecksilber grösser, als der normale Luftdruck. Ganz anders aber ist es beim Athmen in partiellen Vacuum, wie es durch das Cabinet erzwungen wird. Manometrische Messungen zeigen hier, dass der Exspirationsluftstrom einen Ueberdruck von ungefähr 100 Mm. Quecksilber hat. Trotz der Erwägung genügt dieser Druck aber um Condensation zu bewirken. Die weitere Frage ist nur die, wie Condensation statt habe, ob nur in den oberen Luftwegen oder ob auch in den Alveolen. Nun wird aber unter dem Einflusse des Cabinetes das Volumen

der Respirationsluft mehr als verdreifacht; diese Erscheinung kann man nicht aus der Dehnung des Bronchialraumes allein erklären und muss daher bei jeder Inspiration von der inspirirten Luftdampfmasse in die Alveolen vordringen.

Man wird also in den Alveolen Condensation bekommen können, vorausgesetzt, dass die Ausathmung kräftig ist. Stellt man die Klappen auf Variation, dann macht man mit dem Apparat einfach künstliche Athmung und hat es dann in seiner Gewalt, wie stark man die Ausathmung machen will. Man wird darum die Variation immer am Ende einer Sitzung, wenn der Patient ermüdet ist, anwenden.

Ueber die rein physiologische Wirkung der Athmung im partiellen Vacuum lässt sich folgendes sagen: Wie schon älteren französischen Untersuchern bekannt war, sind die Luftwege der Flüssigkeitsresorption günstig und kann darum durch den *Spray* eine Absorption von Medikamenten bewirkt werden.

Der Athemtypus wird invertirt. Die Inspiration ist passiv, die Exspiration activ. Letzteres bedingt eine Gymnastik der Athemmuskeln.

In Bezug auf die Circulation sind folgende Punkte hervorzuheben:

Das Volumen der Lungencapillaren vergrössert sich; das Blut findet bei seinem Uebergang vom rechten zum linken Herzen weniger Widerstand. Die Füllung des linken Ventrikels nimmt zu und auch die Pulsfrequenz.

Der Druck in der Aorta und in den Körperarterien steigt.

Diese physiologischen Beobachtungen erklären Folgendes:

Lungenhämorraghien werden durch die Anwendung des Cabinetes gestillt. Bei fortgesetztem Gebrauche desselben wird die Farbe der Haut und der Schleimhäute härter. Bei Frauen kehren Menstrualblutungen wieder, die seit Monaten und Jahren verschwunden waren. Alle Sekretionen nehmen zu. Der Appetit hebt sich; chronisches Erbrechen, sowie chronische Diarrhöen verschwinden ohne besondere Medikamente.

Die rein mechanische Wirkung auf die Lungen erklärt folgende Beobachtung:

Nehmen wir an, ein Bronchus sei verstopft; in seinem Verzweigungsgebiet befinde sich aber noch Luft. Unter der Einwirkung des partiellen Vacuums wird diese Luft sich ausdehnen und der Pfropf kann so von der Wandung losgerissen werden. In vielen kranken Lungen finden sich Heerde, in denen Schleim und Entzündungsprodukte die Luft verdrängt haben. Solche Heerde sind mechanisch relativ unbewegliche Theile. Wenn ein Mensch mit solchen Heerden comprimirte Luft athmet, dann werden die Heerde von allen Seiten mechanisch zusammengedrückt. Athmet ein solcher Mensch aber im Cabinet, d. h. in verdünnter Luft, dann werden diese Heerde auseinandergezogen und können zur Entfaltung gebracht werden.

Am häufigsten und auch mit dem besten Erfolge wurde das Cabinet angewendet bei allen Arten von Bronchialkatarrh. Ausser der topischen Einwirkung der Inhalationen ist der Erfolg aus folgender anatomischen Eigenthümlichkeit zu erklären:

Die Bronchialarterien sind nicht in derselben Weise von Venen begleitet wie die meisten anderen Körperarterien. Ihr Blut geht entweder durch dünne Anastomosen zur *Vena azygos* und *hemi-azygos* oder es geht durch die Lungenvenen zum linken Herzen. Es ist einzusehen, wie gerade in Folge dieser Anwendung das Cabinet einer Hyperaemie

der Bronchialschleimhaut entgegenwirken kann. Die für den Praktiker frappantesten Resultate giebt das Cabinet bei ungelöster oder nur theilweise gelöster Pneumonie. Das Cabinet veranlasst in diesen Fällen äusserst copiöse Expektorationen.

Die grössten Hoffnungen werden auf das Cabinet gesetzt für die Behandlung der Lungenphthise. In der That ist leicht einzusehen, wie die angeführten mechanischen Wirkungen die Beeinflussung der Circulation und die Condensation von medikamentösen Dämpfen bei den genannten Krankheitsformen günstig wirken können. In sehr vielen Fällen sind die erwarteten günstigen Wirkungen auch eingetreten. Es bezieht sich dies namentlich auf katarrhalische Formen der Krankheit und auf jugendliche Individuen. Es ist Thatsache, dass bei ausdauernder Behandlung subjektives Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden können und somit vom rein praktischen Standpunkt betrachtet Heilung erzielt wird. Ob dabei auch Heilung in pathologisch-anatomischen Sinn erreicht wurde, muss unentschieden bleiben.

In den mannigfaltigen Formen chronischer Phthisen hat sich das Cabinet, wenn sorgfältig angewendet, immer von Nutzen erwiesen, namentlich bei Hämorrhagien und neu exacerbirenden Catarrhen. Jedoch sind gerade hier vereinzelte Beobachtungen gemacht worden, dass nach einer Sitzung Temperatursteigerung auftrat. —

Diskussion.

Dr. L. Conrad spricht die Ansicht aus, dass das pneumatische Cabinet nach den Ausführungen des Redners für die Behandlung von gewissen Herzkrankheiten sehr vortheilhaft sein müsse. Wenn der Einfluss des Cabinetes auf die Circulation in so hohem Grade stimulirend sei, so müsse der Effekt doch noch stundenlang nachwirken und ein verhältnissmässig grösseres Wohlbefinden bei gewissen Herzleiden erzeugen.

Dr. Tiegel bestätigt diese Ansicht, da die Erfahrung das thatsächlich demonstrirt habe.

Dr. de Watteville erwähnt den Fall einer jungen Dame (Lehrerin), welcher sich soweit besserte unter consequenter Behandlung im pneumatischen Cabinet, dass die Patientin ihrem anstrengenden Berufe wieder obliegen kann, trotzdem eine schon früher bestanden habende Caverne mit amphorischer Athmung immer noch vorhanden ist.

In einem anderen Falle bestand ausser einer Stauungsbronchitis Mitralisinsufficienz, welche aber in der Folge fast gar keine Symptome mehr aufwies.

Dr. Freudenthal fragt, ob, wie er verstanden habe, die Medication durch Inhalationen der Hauptzweck dieser Behandlungsweise sei.

Dr. Tiegel besätigt dies und erwähnt in dieser Beziehung, dass die Inhalation gewisser Medikamente an und für sich schon seit längerer Zeit angewendet worden sei, dass aber das Eindringen der meist in zerstäubter Form benutzten Arzneistoffe in Bronchiolen und Alveolen nie so recht gesichert worden sei, indem die Condensation derselben bereits im Mund, im Rachen, im Kehlkopfe und in den Bronchialverzweigungen erster und zweiter Ordnung vor sich gehe, so dass für die feinsten Verzweigungen und die Lungenzellen fast nichts mehr übrig bleibe. Desshalb habe Schreiber eine passend gebogene Glasröhre durch die Glottis in den Larynx eingeführt, um die Condensation in letzterem zu ermöglichen. Dies sei dadurch erwiesen, dass Kranke, bei denen Quecksilberpräparate zur Inhalation verwandt worden seien,

nach einigen Sitzungen deutliche Anzeichen von Merkurialismus gehabt hätten, so dass die betr. Medikation abgebrochen werden musste. Ferner sei in der durch die Drainage aussickernden Flüssigkeit operirter Empyematiker, welche behufs möglichster Ausdehnung der Lunge zur Behandlung kamen, das in Inhalation verwendete Jod und Quecksilber nachweisbar gewesen.

Was nun speciell die Art der Medikation anbelange, welche er und Dr. DE WATTEVILLE, der mit ihm zusammengearbeitet habe, bei den Kranken im pneumatischen Cabinete angewendet, so seien folgende Mittel zu Inhalationen benutzt worden:

LUGALL'sche Lösung bei den verschiedenen Formen der Bronchitis.

Salicylsäure in Pfeffermünzöl bei Phthisikern mit Wasser, und Gummi arabicum emulgirt.

Salmiak in zweiproc. Lösung, wenn es sich darum handelte die Secretion bei behinderter oder mangelhafter Expektoration zu verflüssigen.

Die Inhalation von Kalkpräparaten, welche zur Verkalkung der Tuberkeln von einigen Seiten empfohlen worden sei, hätten sie bis jetzt noch nicht versucht.

Dr. FREUDENTHAL glaubt, dass die geschilderte mechanische Wirkung höchstwahrscheinlich die wichtigste sei; denn seiner Meinung nach sei die Wirkung einer topischen Behandlung schon desshalb ausgeschlossen, weil um alle Bacillen zu tödten die Quantität des einzuführenden antiseptischen Mittels viel zu gross sein müsse, so gross, dass das Individuum selbst dadurch getödtet werden könne.

Dr. TIEGEL erklärt sich im Principe mit der Ansicht einverstanden, dass nicht die topische, sondern die mechanische Einwirkung bei der Behandlung im pneumatischen Cabinete der wesentlichste Faktor sei. Doch möchte er der indirekten Einwirkung auf die Cirkulation fast ebensoviel Vortheil zuschreiben, wie der rein-mechanischen Expansionswirkung.

Dr. DE WATTEVILLE fügt hinzu, dass die Erweiterung des Thorax in denjenigen Fällen, in welchen eine solche erwünscht und erreicht wurde, durch genaue Messungen verfolgt worden sei.

Buffalo Obstetrical Society.

Regelmässige Sitzung vom 24. November 1885.

Vorsitzender: Präsident Dr. W. W. POTTER; Secretär: Dr. W. H. THORNTON.

Dr. MARCELL HARTWIG hielt seinen Vortrag:

Zur Behandlung des Abortus.

(Derselbe ist in gedrängter Form in der Januar-Nummer des „*Buffalo Medical and Surgical Journal*" und ausführlich in No. 4 und 5 der NEW YORKER MEDIZINISCHEN PRESSE veröffentlicht.)

Diskussion.

Dr. WM. B. HAWKINS billigt die Ansicht des Redners, dass Ergot bei drohendem Abortus prophylaktisch wirke. Er hält auch die Entleerung des Uterus für die richtige Behandlung des nicht mehr aufzuhaltenden Abort's; natürlich sei der einfache manuelle Eingriff vorzuziehen, wenn die Zeit dafür noch günstig sei. Antiseptische Einspritzungen sollten dann immer nachträglich angewandt werden.

Dr. S. Y. Howell will nur auf einige Angaben des Redners besonders aufmerksam machen. Das Tampon bei drohendem Abort solle recht klein sein, um prophylaktisch zu sein; Austopfen der Vagina durch Sims' Speculum und Anwendung des Colporeynters sei in diesem Stadiam schädlich. Ein merkwürdig kleines Wattepfröpfchen sei in demselben manchmal genügend, um eine reichliche Blutung zu stillen. Da Syphilis ein häufiger ätiologischer Faktor sei, solle man den Fötus*) stets genau untersuchen, speziell die Ossificationspunkte der langen Röhrenknochen etc., um womöglich später Abort verhindern zu können.

Dr. R. L. Banta hat während der ersten fünf Jahre seiner Praxis nur den Tampon angewendet, dann erst wandte er Forceps oder Curette an und obgleich er seit der Zeit keinen derartigen Fall gehabt, der tödtlich verlaufen, so hätte er doch drei oder viermal heftige Beckenzellgewebsentzündung folgen sehen. Wenn der Uterus für den Finger zugänglich sei, so gelänge es ja fast immer bei stetigem Gegendruck mit der anderen Hand, den Uterus mittelst des Zeigefingers zu entleeren. Eine scharfe Curette anzuwenden würde er sich doch besinnen. In Bezug auf intra-uterine Einspritzungen habe er in zwei Fällen, in denen er Sublimatlösung (1 : 4000) injizirte, in dem einen Convulsionen und in dem anderen einen Schüttelfrost folgen sehen, die jedoch ohne weiteren Zwischenfall prompt genasen.

Dr. Geo. E. Fell stimmt dem Vortragenden darin bei, dass die Gefahr einer septischen Infektion beim Gebrauche der Curette geringer sei, als wenn der Finger benutzt werde. Er glaubt jedoch, dass antiseptische Behandlung beiden Methoden folgen sollte.

Dr. W. D. Greene erwähnt die grosse Anzahl der verschiedensten Instrumente, welche zur Abortion benutzt werden. Er sah neuerdings eine Patientin, welche eine Häckelnadel dazu benutzt hatte; am zweiten Tage hatte sie 101° F., doch ging das Fieber wieder zurück. Er zieht den Finger zur Entleerung des Uterus vor, wenigstens bis zu drei ein halb Monaten, da das Gefühl ein besserer Fingerzeig sei, um zu wissen wann und wo man ablösen solle. Antiseptische Ausspülungen wendet er weit weniger an, als früher.

Dr. Chas. G. Stockton hält auch den Finger für besser, als die Curette; man könne mit der Curette nicht mit Bestimmtheit sagen, ob man keinen Placentartheil daringelassen; mit dem Finger könne man fast immer alles entfernen. Antiseptische Injektionen verhinderten oft unangenehme Symptome, selbst wenn Reste zurückgeblieben seien. Tampon und Colporeynter sollten wegbleiben, ehe man sicher sei, dass der Abort nicht aufzuhalten sei. Steht der Abort bevor, so kann selbst Opium nichts nützen. Ist irgend welche Aufregung durch nervöse oder vasculäre Einflüsse Schuld an dem zu befürchtenden Abort, so kann dessen Anwendung und die anderer Anodynia nützlich sein. Er berichtete zum Schluss einen interessanten Fall; eine Frau hatte 10 oder 12 mal abortirt und gab dann vor drei Jahren einem Kinde das Leben, welches gegenwärtig gesund ist. Die Mutter aber starb ein Jahr nach der Geburt desselben an *Diabetes mellitus.*

Dr. P. W. Van Peyma stimmt mit den letzten 3 Rednern darin überein, dass er nicht sofort einzugreifen bereit sei—ob die Entbindung vor oder zur Zeit der Schwangerschaftsende's stattfinde — nach Analogie des bekannten Satzes: "*Meddlesome midwifery is bad midwifery.*" Die

*) Warum nicht auch die Placenta, welche in fettig degenerirten, ulcerirten und ossifizirten Stellen so häufig Aufschluss giebt? (Red.)

Curette ist seiner Ansicht nach eins der vielen neuen Steckenpferde. Er gibt Ergot, wenn das Ovum sich nicht lösen will und fährt dabei ganz gut.

Dr. Milan Baker hat niemals in seiner ziemlich ausgedehnten Praxis einen Fall von Abortus verloren; er hat Fälle gesehen, in denen die Placenta zwei, zwei ein halb und drei Monate *in utero* verblieb und die Frauen doch genasen. In einem Falle von Placentarretention, in welchem nach zwei Wochen heftige Blutungen auftraten, hatte der behandelnde Arzt geglaubt, die Placenta sei ausgestossen worden.

Doch fand sie sich im Uterus vor und wurde ohne Schwierigkeit entfernt. *) In einem andern Falle hatte ein Arzt (?) nach Abgang des Foetus die Vagina durch das Spekulum mit Alaun ausgefüllt (!) Die Frau starb an Septicaemie. Desshalb will er instrumentelle Eingriffe immer nur als *dernier resort* angesehen wissen.

Dr. Thomas Lothrop ist ebenfalls der Ansicht des Dr. Van Peyma, dass *meddlesome midwifery is bad midwifery.* Wenn Placentarreste kein Fieber verursachen, was ist daran gelegen? In neunundneunzig von hundert Fällen ist überhaupt kein Fieber da. Dasselbe gilt für Blutungen. Er sei dafür, alle Eireste mit dem Finger zu entfernen, wenn möglich. Selbst in einem Falle von dreimonatlicher Retention habe er sich nicht für berechtigt gehalten einzugreifen, da weder Fieber noch Blutungen existirten.

Nur wenn die Blutung heftig sei, solle man tamponiren, sonst nicht; ist Schmerz da, gebe man Opium. Zeigt sich Blutvergiftung, so solle man antiseptisch verfahren. Dr. Hartwig's Rathschläge halte er für entschieden radikal und eingreifend, wenn sie auch in schweren Fällen sehr am Platze seien.

Der Präsident Dr. W. W. Potter äussert sich lobend über den Vortrag des Abends, namentlich weil derselbe die neuesten Arbeiten der tüchtigsten, speciell der deutschen Autoren berücksichtigt habe. Die von den Letzteren vorgeschlagene und geübte Behandlung sei namentlich auf die Fälle anwendbar, in denen es sich darum handele, einen lebensrettenden Eingriff vorzunehmen. In Bezug auf den von mehreren Rednern gebrauchten Ausdruck "*meddlesome midwifery*" sagt er: Mit diesem Auskruck solle man vorsichtig sein. Ein Mann müsse genügend unterrichtet sein, um zu wissen, wenn er einzugreifen habe und wann er sich nicht einmischen dürfe; und das sei so ziemlich alles, was darüber zu sagen sei. Dass man nicht davor zurückschrecke, einzugreifen, wenn dies nöthig sei, das sei durchaus keine Voreiligkeit (*meddlesomeness*). In einer solchen Diskussion sei es unbedingt nöthig, die Fälle, welche einer Behandlung bedürfen, von denen zu trennen, bei welchen dies nicht der Fall sei.

Man müsse auch genau beachten, was unter richtiger Desinfection zu verstehen sei. Es sei von grosser Wichtigkeit, ehe man manuell eingreife, die Hände gründlich mit einer antiseptischen Lösung zu reinigen, ja man solle sogar die Nägel vorher mittelst eines in dieselbe Lösung getauchten Stäbchens (Zahnstocher oder Streichholz) reinigen.

Zwei Ursachen seien es hauptsächlich, welche den Abortus herbeiführen: Retroversion und Syphilis. Im ersteren Falle, wenn die Frau wiederholt abortirt, muss so bald als thunlich, d. i. wenn die Frau noch nicht wieder schwanger ist, der Uterus reponirt werden. Fälle von

*) Wie? nach zwei Wochen?

Syphilis sollten ebenfalls von und während der Schwangerschaft passend behandelt werden. Eine grosse Anzahl der Fälle von Anaemie und Subinvolution nach Abortus, könnte, wie er glaube, verhütet werden dadurch, dass man sich die vollständige Entleerung des Uterus mehr angelegen sein lasse, selbst in den Fällen, wo keine besonders prägnanten Symptome existiren. Er sei überzeugt, dass die Mehrzahl solcher Fälle der Unterlassung der Prodezur zuzuschreiben sei und möchte deshalb die Anwesenden dazu auffordern, sich die vollständige Entfernung der Placenta und Eihäute zur unumgänglichen Regel zu machen.

Dr. M. Hartwig möchte zum Schlusse darauf hinweisen, dass dem Finger gewiss eine wichtige Steile in der Behandlung dieser Fälle zukomme ; dennoch liesse es sich nicht läugnen, dass es manche—ja viele Fälle gebe, in denen er nichts ausrichten könne ; und gerade in diesen Fällen sei das Auskratzen mit der Curette das einzig Richtige. Allerdings folgte einem solchen Eingriffe dann und wann ein Schüttelfrost, aber das könne eine intra-uterine Einspritzung auch verursachen. Sollen wir aber desshalb diese werthvollen Hilfsmittel bei Seite legen? Er seinerseits müsse dies entschieden verneinen. Im Allgemeinen sei es gerathen, die Patientin zu einer Currettirung zu narkotisiren. Beckenzellgewebsentzündung hat er nie danach folgen sehen.

Kleinere Mittheilungen.

Eine Puppe und mehrere Larven in der Nasenhöhle eines Kindes.

Sainte Genevieve, Mo., 16. März 1885.

An die Redaktion der „New Yorker Medizinischen Presse."

Vor einigen Wochen brachte dem Unterzeichneten ein hiesiger Zahnarzt eine Insektenlarve mit der Angabe, dass dieselbe beim Niesen aus der Nase seines 11jährigen Töchterchens ausgeworfen wurde. Es war die Larve eine solche, wie sie in wurmstichigen Aepfeln angetroffen wird. *) Ich wollte es nicht glauben, doch Tags darauf brachte er mir eine zweite solche Larve und auf mein Ersuchen auch das Kind. Ich musste meine Zweifel über den Wohnort der Thiere aufgeben, denn nach einigen Einspritzungen von warmem Wasser kamen noch drei andere Larven zum Vorschein und eine vollständige Puppe (Cocon) derselben Thierart. Die Motte, welche dem (vermuthlich schlafenden) Mädchen die Eier in die Nase gelegt hatte, betrachtete die Choanen offenbar als einen geeigneten Ort zur Entwicklungsvollendung und nährten sich die Maden vermuthlich vom Nasenschleim. Die einzigen Symptome, welche die Anwesenheit der fremden Gäste begleiteten, waren Kitzeln in der Nase und häufiges Niesen.

Dr. Fr. J. Bernays.

(Die Verpuppung einer Larve innerhalb der Nasenhöhle ist unseres Wissens noch nicht beobachtet. Doch möchten wir bezweifeln, dass die betr. Eier von dem Apfelwickler selbst in die Nase gelegt wurden. Viel wahrscheinlicher ist, dass dieselben zufällig durch den Finger des Kindes (natürlich unwissentlich) hineingebracht wurden. Auch werden kaum die Choanen, sondern die mittlere oder obere Nasenmuschel den

*) Carpocapsa pomonana.

Larven zum Aufenthalt gedient haben. Denn die durch die Choanen fortwährend durchstreichende Luft würde ein Einspinnen wohl kaum ermöglicht haben. D. Red.)

Dysmenorrhoe in Folge von Retroversio Uteri als Ursache von Melancholie.

An die Redaktion der „New Yorker Medicinischen Presse."

Die betr. Patientin ist 36 Jahre alt; seit 13 Jahren verheirathet und hat im Verlaufe ihrer Ehe drei Kinder normal geboren und zweimal abortirt.

Seit einer Reihe von Jahren leidet Patientin an Appetitlosigkeit und unruhigem Schlafe; klagt häufig über Angst- und Jammergefühl, läuft vom Hause weg, weil sie sich von irgend Jemand verfolgt glaubt, der ihr ein Leid zufügen will. Ist verschiedene Male nur mit knapper Noth an der Ausführung von Selbstmordplänen verhindert worden. Wegen dieses Zustandes muss P. fortwährend unter Aufsicht sein. Obgleich sie schon mehrfach in ärztlicher Behandlung war, theils im Hause, theils in Hospitälern, so ist doch niemals eine Vaginaluntersuchung an ihr vorgenommen worden.

Status praesens im August 1873: Patientin ist abgemagert, blass und anämisch aussehend; klagt über allgemeine Mattigkeit, Kreuz- und Leibschmerzen, die sich zur Zeit der Menstruation in solchem Grade steigern, dass sie kaum im Stande ist, das Bett zu verlassen. Constipation ist in dem Maasse vorhanden, dass 10—14 Tage ohne Stuhlgang verstreichen, wenn kein Abführmittel genommen wird.

Die Vaginaluntersuchung ergiebt einen ziemlich bedeutenden Dammriss, Rectocele, doppelseitigen Cervicalriss und *Retroversio Uteri*. Auch ist der Uterus bedeutend vergrössert; die Messung mit der Sonde ergiebt 3½ Zoll. Uterus selbst ist wenig schmerzhaft und ziemlich frei beweglich.

Ein von mir vorgeschlagener operativer Eingriff behufs Vernähung des Cervix und des Dammes wurde verweigert. Daher sah ich mich genöthigt, die Retroversion in der üblichen Weise durch Reposition und Einlegung eines Pessarium's zu behandeln. Die Reposition gelang sehr gut und nach Einführung einiger Bor-Glycerin-Tampon's *) konnte ich der Tamponade das Emmett'sche Pessarium folgen lassen.

Ich liess dasselbe vier Wochen liegen, entfernte es dann, worauf ich ein Smith'sches einführte; dieses Verfahren wurde fortgesetzt und in etwa sechs Monaten waren sämmtliche krankhaften Erscheinungen, namentlich der melancholische Zustand geschwunden und Patientin war kaum wiederzuerkennen. Nach neun Monaten gab ich ihren dringenden Bitten nach und entfernte das Pessarium gänzlich.

Sechs Wochen später wurde mir P. wieder gebracht und zwar weil alle oben geschilderten Symptome, wenn auch in geringerem Grade, sich wieder eingestellt hatten. Nach Reposition des wieder in seine alte Retroversionsstellung zurückgekehrten Uterus, legte ich das Pessarium von Smith abermals ein und P. befand sich nach wenigen Wochen in gutem Zustande, welcher bis heute besteht.

Dr. H. J. Boldt.

---

*) 4oz. Borsäure auf 6 lbs. Glycerin.

Crust-Pepsin: *eine neue Art Pepsin.* Bei der allgemein anerkannten Wichtigkeit des Pepsin's ist es wohl kaum zu verwundern, dass immer neue Anstrengungen gemacht werden, die bereits vorhandenen Pepsin-Sorten durch womöglich bessere zu ersetzen. In Folge einer Arbeit, welche Dr. Hermann Endemann, ein tüchtiger hiesiger Chemiker in verschiedenen Fachjournalen veröffentlicht hat und in welcher er die Vorzüge eines neuen, von der Firma Kidder & Co., New York, erzeugten Pepsin's bespricht, ersuchten wir genannte Firma um Uebersendung einer Probe.

Das neue Präparat führt den Namen Crust-Pepsin und seine Form ist die kleiner, feiner, brauner Schüppchen. Es ist nicht hygroskopisch und bleibt unzersetzt auch unter den ungünstigsten, climatischen und meteorologischen Zuständen. Die Versuche Dr. Endemann's haben ergeben, dass ein Gran Crust-Pepsin mit Leichtigkeit 1000 Gran coagulirtes Eiweiss auflöst. Der Chemiker eines der grössten hiesigen En-gros-Geschäfte berichtet ebenfalls, dass er das Crust-Pepsin für eines der besten im Markte befindlichen Verdauungsfermente und dass dasselbe eine Gleichmässigkeit der Wirkung zeigt, wie dieselbe in diesem Artikel äusserst selten anzutreffen ist.

Diese gleichlautenden, ausgezeichneten Berichte von so anerkannt tüchtigen Fachleuten sind ein vollgültiger Beweis der Güte des neuen Präparates. Crust-Pepsin wird sich bald genug den ihm gebührenden Platz in der ärztlichen Welt erringen.

Bücherschau.

The Field and Limitation of the Surgery of the Human Brain, by John B. Roberts, A. M. M. D. Philadelphia, P. Blackiston, Son & Co. 1885. p. p. 80.

Das vorliegende Werkchen dürfte fast zu den besten Erscheinungen auf dem Gebiete der neueren chirurgischen Literatur gehören.

Auf physiologischer Basis fussend, vom Hauch aller modernster Antiseptik durchweht, ist das Buch doppelt interessant, da sein geistreicher Verfasser in schneidiger Weise den Trägern der Flagge „Um es am Ende geh'n zu lassen, wie's Gott gefällt" von der guten alten Zeit (die ja leider gar nicht so sehr fern ist) den Fehdehandschuh hinwirft und beweist, wie durch *noli me tangere* Furcht hunderte von Menschenleben dahinsiechten.

Nach erschöpfender Darlegung der Grundsätze der cerebralen Chirurgie gibt Verfasser ein Bild von der Localisation der Hirnverletzungen und aus derselben entwickelt er den Modus der Behandlung.

Er will möglichst früh die Trepenation vollzogen wissen bei allen Fissuren und Frakturen, ob offen oder nicht, bei welchen auch unter Fehlen von Hirnsymptomen eine deutlich wahrnehmbare Depression existirt oder bei Fehlen von Depression Hirnsymptome constatirt werden können. Wo beide Erscheinungen, wie sie in der Regel coordinirt sind, ferner bei Schiessverletzungen hätte die Trepanation unverzüglich zu geschehen.

Verfasser citirt die Worte Legouest's:

„Wenn man unschlüssig ist, ob eine Trepanation indicirt erscheint oder nicht, so ist dieselbe sicher indicirt."

In der wohl noch nicht spruchreifen Frage über die operative Behandlung der Epilepsie, der Geisteskrankheiten und der Gehirntumoren begegnen wir der utopistischen Hoffnung, dass wohl bald viele Collegen die glänzendsten Erfolge in dieser Beziehung aufweisen dürften. Na, uns sollte es nicht wenig freuen!

Aber bis dato heisst's noch: *Festina lente!* Dr. C. W. Beck.

(Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Broschüren:)

Grundzüge der anatomischen und klinischen Chemie. Analecten für Forscher, Aerzte und Chemiker, von Dr. Ludwig J. W. Thudichum. Berlin 1886. — August Hirschwald.

Die häufigsten Magenkrankheiten und deren Behandlung von Dr. Edgar Frhr. von Sohlern. Kissingen 1885. — Ph. Heilmann.

Puerperal Diphtheria by Henry J. Garrigues, M. D. — Reprinted from the *Transactions of the American Gynecological Society*, Vol. X, 1885.

An experimental und clinical Study of Air-Embolism by N. Senn, M. D. — Extracted from the *Transactions of the American Surgical Association*, Vol. III. 1885.

An Operation for the Extraction of a Pistol-ball from the Brain, etc., bei Wm. F. Fluhrer, M. D. — Reprinted from the *Quarterly Bulletin* of the Clinical Society of the N. Y. Post-Graduate Medical School and Hospital (February 1886) and the *N. Y. Med. Journal* (March 28th, 1886.)

Zur Anwendnng von Suturen bei Skleralwunden von Dr. M. Landesberg. — Separatabdruck a. d. *Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde* (December 1885.)

Affection of the Eye dependent upon Hysteria by M. Landesberg, M. D. — Reprinted from the *Journal of Nervous and Mental Diseases* Vol. XIII. (February 1886.)

List of Physicians and Surgeons of Louisiana etc.; by the Board of Health of the State of Louisiana. (1886.)

Der gegenwärtige Stand der Elektrotherapie in Theorie und Praxis; Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Heilkunde (Berlin) am 3. Februar 1886 von Prof. Dr. A. Eulenberg. Separat-Abdr. aus der *Berliner Klinische Wochenschrift*, No. 12; 1886.

Klinik der Verdauungskrankheiten von Prof. Dr. C. A. Ewald. I. Die Lehre der Verdauung, 2. Auflage, Berlin 1886. — August Hirschwald.

Permanent Drainage for Ascites, by A. Caillé, M. D.; Reprint from *N. Y. Med. Journal*, Febr. 27th. 1886.

Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens, von Dr. Gottfried Scheff (Wien); August Hirschwald; Berlin 1886.

Ueber Piper metysticum (Kawa); Untersuchungen von Dr. D. L. Lewin; August Hirschwald; Berlin 1886.

Personalien etc.

Zum Professor der Physiologie am Owen's College wurde Prof. Dr. Stirling, ein Schüler Prof. Ludwig's, bisher in Aberdeen, berufen.

Dr. Ernst Tiegel ,(New York) früher Privatdocent f. Physiologie und Assistent von Prof. Goltz, (Strassburg), und Professor a. d. Universität zu Tokio erhielt von Seiten des chilenischen Gesandten in Paris den Antrag, eine Stellung als Lehrer der Physiologie, im *enseignement secondaire* der Universität zu Santiago anzunehmen. Dr. Tiegel zog es jedoch vor, abzulehnen.

Prof. Liman in Berlin hat resignirt und wird nachdem die forensische Medizin mit 4 anstatt der bisherigen 2 Stellen besetzt werden.

Der *Congress für Psychiatrie*, welcher im September vorigen Jahres in Antwerpen abgehalten wurde, hatte beschlossen, eine internationale Irrenstatistik zu erheben. Als Mitglied der betr. Commission für Nordamerika ist — Clark Bell (New York) ernannt worden!

Dr. Max Kassowitz hat sich als Privatdozent für Kinderkrankheiten an der Wiener Universität habilitirt.

Prof. Billroth hat aus Gesundheitsrücksichten Urlaub zu einer Orientreise genommen.

Dr. Kessel, bisher Dozent an der Gratzer Universität, ist als a. o. Professor der Otiatrik nach Jena berufen worden.

Die Bill zur Verhütung ansteckender Augenkrankheiten in Findelhäusern etc., welche von einem Comité der *N. Y. Academy of Medicine* ausgearbeitet wurde, ist zum Gesetze geworden. Wann wird wohl einmal an die Reorganisation des *State Board of Charity* gegangen werden? Der Zustand der öffentlichen Anstalten speziell der Irrenhäuser könnte ein gutes Theil Veränderungen, d. h. Verbesserungen vertragen.

Dr. Gustav Pommer hat sich als Privatdocent für pathologische Anatomie an der Universität Gratz habilitirt.

Privatdozent Dr. Eversbusch, bisher Privatassistent des Herzog's Karl Theodor in Bayern, ist an Prof. Sattler's Stelle zum ophthalmologischen Professor an der Universität Erlangen erwählt worden. (An seiner Stelle assistirt dem Herzoge jetzt seine Gattin.)

Ein internationaler Kongress für Balneologie, Hydrologie und Climatologie wird vom 1. bis 8. October in Biarritz tagen.

Dr. Gaule, früherer Assistent von Ludwig, ist an Stelle des verstorbenen Prof. Luchsinger zum Physiologie-Professor in Zürich erwählt worden.

Prof. von Troeltsch, „dem Begründer der wissenschaftlichen deutschen Ohrenheilkunde," wurde zur Feier des 25-jährigen Jubiläums seiner Lehrthätigkeit eine Adresse und ein Album mit den Photographien und Unterschriften aller hervorragenden Otiatriker der ganzen Welt überreicht.

Am 1. Juni wird die Eröffnung des Kinderhospizes auf der Insel *Norderney* stattfinden. Dasselbe ist musterhaft eingerichtet und zur Aufnahme von 250 Kindern im Alter von 4—14 Jahren bestimmt. Als Direktor desselben ist Dr. Rohden, bisher in Arco (Tyrol) ansässig, ernannt.

Todtenliste.

Dr eduard Zillner, vormals Assistent f. gerichtliche Medicin in Wien.

Prof. M. Levi, Director der pädiatrischen Klinik zu Florenz.

Prof. Marcovici zu Bucharest.

Dr. Bocheeontaine, Leiter des Vulpian'schen Laboratoriums an der medizinischen Schule und der Kliniken im Hotel Dieu in Paris. Er war ein entschiedener Gegner der Bacillentheorie. Um zu beweisen, dass die Cholera nicht ansteckend sei, verschluckte er bei dem letzten Auftreten der Epidemie eine Pille, welche aus den Auswurfstoffen eines Cholerakranken zusammengesetzt war; er fühlte einige Tage leichtes Unbehagen, erkrankte aber nicht an der Cholera. Aehnliche Versuche sollen schliesslich zu seinem frühen Tode beigetragen haben.

Prof. Evers an der medizinischen Facultät zu Leyden

Dr. August Schott, Badearzt in Nauheim.

Medizinalrath Dr. Hermann von Chamisso, der jüngste Sohn des Dichters, zuletzt Stadt-Physikus von Berlin.

Dr. G. Varrentrapp in Frankfurt a. M., einer der ältesten. tüchtigsten und verdientesten Hygieniker Deutschlands.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. I. New York, den 15. Mai 1886. No. 6.

Ein Fall von allgemeinem Emphysem mit tödtlichem Ausgange, durch Pertussis hervorgerufen.

Von Dr. Geo. W. Rachel.

Obgleich das Auftreten von Lungen-Emphysem infolge des Keuchhustens gar nicht selten ist, so kommen doch Fälle, in welchen es zum Zersprengen einer Anzahl Lungen-Alveolen mit allen verderblichen Folgezuständen : Interlobulärem Emphysem, Pneumo-Thorax und allgemein verbreitetem Zellgewebs-Emphysem sich steigert, nicht allzu häufig vor. Gerade die lange Dauer der Pertussis macht die Aussicht auf eine Heilung dieser, unter anderen Umständen eine weit bessere Prognose bietenden Vorkommnisse, zu einer sehr problematischen. Denn „Zellgewebs- und allgemeine Körper-Emphyseme können sich nur nach Aufhören der primären Krankheit, welche die Alveolen-Ektasie veranlasste, bessern.“[1])

Obgleich nun trotzdem eine ganze Anzahl Fälle von allgemeinem Emphysem bei Kindern veröffentlicht worden sind, welche zur Genesung kamen, so sind doch diejenigen Fälle, in denen Pertussis die primäre Krankheit war, fast ausnahmlos zu Grunde gegangen.

Ein solcher Fall ist der von mir beobachtete, dessen Geschichte ich im Folgenden gebe :

B. M., 4 Jahre 10 Monate alt ; das Kind hatte, als ich es zum ersten Male sah, schon seit etwa 6 Wochen den Keuchhusten gehabt. Seit zwei Tagen war ab und zu Fieber aufgetreten ; das Kind klagte gleichzeitig über Stechen in der Brust, hatte den Appetit verloren und hustete öfter und weit krampfhafter, als vorher.

Status praesens am 19. Juni 1885:

Ein schlankes, aber kräftig gebautes Mädchen ; ziemlich verzogen ; es schlägt nach dem Arzte und schimpft ihn, sobald die Untersuchung begonnen werden soll. Nach vielem Parlamentiren und geeigneten Versprechungen von Seiten der Mutter gelingt dies ohne weitere Störungen. T. 102½ F. ; R. 90 ; P. 150. Leichte Cyanose. Auscultation und Percussion ergeben rechts unten und links oben die Anzeichen einer doppelseitigen Broncho-Pneumonie : Dämpfung, Bronchialathmen, gelegentliche Crepitation und Bronchophonie. Gross- und kleinblasige Rasselgeräusche, da wo die Consolidation des Lungengewebes keine allgemeine und absolute war.

Die nachfolgende Tabelle entspricht dem typischen Bilde einer capriciösen Kinder-Pneumonie, zumal da dieselbe zugleich als Complication der Pertussis verlief :

---

[1]) S. Fürst : Das Emphysem im Kindesalter in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. III, 2, S. 542.

Datum	Zeit.	Temp.	Resp.	Puls.
19. Juni	5 P. M.	102½°	90	150
20. ,,	10 A. M.	101⅗°	80	144
21. ,,	12 M.	103¾°	129	160
,, ,,	10 P. M.	100½°	60	132
22. ,,	10 A. M.	101⅘°	72	144
,, ,,	10 P. M.	102°	80	150
23. ,,	12 M.	101°	90	126
,, ,,	10 P. M.	101½°	90	134
24. ,,	11.30 A. M.	100¾°	80	132
26. ,,	10.30 A. M.	100½°	78	130
27. ,,	1 P. M.	102½°	81	120
28. ,,	1 P. M.	101½°	82	128
29. ,,	11.45 A. M.	101⅗°	82	132
30. ,,	11.40 A. M.	101°	72	138
1. Juli	11 A. M.	100¾°	70	140
2. ,,	12 M.	101¼°	72	140
3. ,,	11.30 A. M.	101°	58	136
4. ,,	5 P. M.	102½°	72	138
5. ,,	1 P. M.	101½°	66	140
6. ,,	10 A. M.	100¾°	54	135
7. ,,	11 A. M.	101°	70	130
8. ,,	11 A. M.	102¼°	66	144
9. ,,	12.30 P. M.	103°	68	129
,, ,,	11 P. M.	102°	64	130
10. ,,	5 P. M.	102¼°	68	141
11. ,,	8.15 P. M.	100⅖°	58	132
12. ,,	4 P. M.	101°	56	140
13. ,,	6.45 P. M.	101⅕°	60	144
14. ,,	3.30 P. M.	101°	54	142
15. ,,	5 P. M.	102¼°	69	150
16. ,,	1 P. M.	102°	64	148
17. ,,	6.30 P. M.	103¼°	74	144
18. ,,	10 A. M.	103½°	70	145
19. ,,	8.30 A. M.	102½°	58	144
20. ,,	11.45 A. M.	103¼°	68	144
21. ,,	1 P. M.	102°	70	160
22. ,,	8.45 A. M.	104°	72	180
" ,,	12 M. Exitus lethalis.			

Die Therapie beschränkte sich während der ersten fünf Tage auf Chinin und kleine Gaben Opium. Am Abend des sechsten Tages schien die Pneumonie ziemlich vollständig in das Resolutions-Stadium eingetreten zu sein und begann ich desshalb mit der Darreichung von *Natrum et Aurum chloratum* (0,05 auf 10,0; 10 Tropfen 2 stdl.), welches ich damals seit Kurzem in mehreren Fällen von Pertussis mit gutem Erfolge gegeben hatte.*) Es hatte jedoch in diesem Falle verhältnissmässig wenig Einfluss auf den Verlauf des Keuchhustens, vermuthlich wegen der denselben complicirenden Pneumonie. Die Anfälle, deren das Kind bis dahin mehr wie 20 in 24 Stunden gehabt hatte, wurden zwar der Zahl nach geringer (16 bis 18), aber ihr schwerer und andauernder Charakter blieb derselbe.

Das Emphysem trat am 13. Tage der Behandlung auf (1. Juli) und erstreckte sich zuerst nur über die Supraclaviculargegend der linken Seite, den Hals und das Gesicht. Namentlich um die Augen und zwar hauptsächlich auf der linken Seite war das Emphysem am ausgesprochensten; das lose Zellgewebe der Lider war mit Luft so stark angefüllt, dass die gerötheten und geschwollenen Augendeckel das linke Auge vollständig und das rechte beinahe ganz schlossen. In den nächsten Tagen stieg das Emphysem über Brust und Rücken auf das Abdomen hinab; ein sofort über den Ausgangspunkt, die linke Supraclaviculargegend, angelegter fester Druckverband schien kaum einen Einfluss zu haben. Die Oberschenkel wurden bald ebenfalls ergriffen und als am 7. Juli Dr. C. E. Denhard das Kind in Consultation mit mir sah, waren die Unterschenkel und Füsse die einzigen Körpertheile, welche kein Emphysem zeigten. Die Achselhöhlen, Ober- und Unterarme und Hand-

*) Ich habe dasselbe seitdem in ungefähr doppelt so starken Dosen in Kombination mit Opium meist mit gutem Erfolge gegeben; eine Reihe von Fällen werde ich nächstens den Lesern der New Yorker Medizinischen Presse vorlegen.

rücken — Alles bot denselben Anblick der teigigen, crepitirenden Haut-Geschwulst dar.

Nach etwa einer Woche (13. Juli) trat eine gewisse Besserung ein ; nicht nur dass das Emphysem, namentlich im Gesichte, um die Augen und am Halse sich wesentlich verringerte, auch die Hustenanfälle gingen bis auf etwa 10 bis 12 in 24 Stunden herunter. Die Perkussion ergab auf der linken Seite immer noch eine Dämpfung, mit tympanitischer Beimischung, so dass auf Mediastinal- resp. interstitielles Emphysem geschlossen werden konnte. Auscultation war unmöglich in Folge der allgemein verbreiteten überlauten Crepitation in der Haut, welche das Anlegen des Ohres an den Körper des Kindes unmöglich machte.

Ungeachtet der Besserung des Emphysem's ward aber der Allgemeinzustand des Kindes immer schlechter. Die Schwäche nahm trotz geeigneter roborirender Diät zu, es stellte sich Brechneigung, Tenesemus und Diarrhöe ein und am 26. Tage (15. Juli) fand ich zum ersten Male Eiweiss im Urin. Vielleicht muss die zur selben Zeit wieder eintretende Temperatursteigerung der Nierencongestion und ihren Folgen zugeschrieben werden. Das Eiweiss nahm jedoch bald wieder ab und am 18. Juli war nur noch eine geringe Spur davon vorhanden. Am 19. Juli war der Urin eiweissfrei. Ebenso besserte sich der Tenesemus und die Zahl der Stühle ; von 14 fiel die Anzahl derselben auf 3 im Tage. Die Beschaffenheit derselben war jedoch eine sehr ungesunde ; alle Speisen (Milch, Fleischextract &c.) gingen nur halbverdaut ab und die Stühle rochen aashaft. Trotzdem zeigte das Kind besseren Appetit, nahm besser Nahrung zu sich und fing wieder an auf der Bettdecke zu spielen, zumal da es mit dem rechten Auge wieder ziemlich gut und mit dem linken ein wenig sehen konnte. Der Puls aber war und blieb elend, klein und hoch und die bei einer zweiten Consultation mit Dr. Denhard von uns gemeinschaftlich gestellte *Prognosis pessima* wurde bald bestätigt. Da das Kind, nachdem das Emphysem sich etwas gebessert hatte, sich absolut gegen jede Untersuchung sträubte und ich in Anbetracht der schlechten Prognose keine Zwangsmassregeln ergreifen mochte, so konnte der Zustand der Lungen während der letzten Tage nicht festgestellt werden. Thatsache ist jedoch, dass das Kind nicht an Lungenödem, sondern im Collapse zu Grunde ging, trotz Moschus und Campher in grossen Gaben, die natürlich hier kaum etwas helfen konnten. Pneumothorax war nie festzustellen gewesen.

Die ersten Arbeiten über das allgemeine Hautemphysem als Komplikation der Pertussis rühren von Roger und Guillot her. Der erstere berichtete einige Fälle in einer Sitzung der *Académie de Médecine* und bezeichnete den präsumptiven Weg, auf welchem das allgemeine Emphysem entsteht, nämlich, dass die Luftwege durch Ruptur im Thorax mit dem mediastinalen Zellgewebe und dann mit demjenigen der allgemeinen Hautdecken in Verbindung treten.

Guillot führte ebenfalls Fälle dieser Art an, die er später veröffentlichte[1]), und in welchen er diese Ansichten, welche übrigens schon Laennac als Vermuthungen ausgesprochen, durch Autopsie bestätigen konnte. Am häufigsten ging das allgemeine von intralobulärem Emphyseme aus, das am Lungenhilus in's Mediastinum und von da heraufsteigt. Dann und wann war die Pleura in Folge alter Adhäsionen nicht abgehoben und war Pneumothorax überhaupt sehr selten vorhanden.

Von den neunzehn Fällen Guillot's waren sechs sicher und einer wahrscheinlich durch Pertussis verursacht. Von diesen starben fünf und nur zwei kamen zur Heilung; im Ganzen starben vierzehn von den neunzehn Fällen.

Die beiden geheilten Fälle waren 8 Monate resp. 5 Jahre alt und zwar war der erstere der Pertussisfall. Derselbe war ausserdem noch durch Masern komplizirt und trat das Hautemphysem im Anfange des zweiten Monates nach einem schweren Hustenanfall auf. Dasselbe

---

[1]) Später veröffentlichte R. seine Arbeiten über diesen Gegenstand in den *Arch. general. de Médecine*, Août, Sept. and Oct. 1862.

[2]) *Union médicale*, 1853 ; p. 184.

nahm Hals und Achselhöhlen, sowie Brust und Rücken ein, verringerte sich aber nach einigen Tagen unter Friktionen und Ansetzen von trockenen Schröpfköpfen. Nach mehreren Tagen trat in Folge eines abermaligen sehr schweren konvulsivischen Hustenanfalles ein Rezidiv des Emphysem's auf, das jedoch abermals schnell zur Heilung kam.

Man muss in diesem Falle natürlich annehmen, dass die Rupturstelle so günstig gelegen war, dass ein schneller Verschluss der Kommunikation mit dem Zellgewebe möglich war.

Die fünf tödtlich verlaufenden Fälle waren zwei von 1 Jahr, einer von 1 Jahr 2 Monaten, einer von 3 Jahr und einer von 4 Jahren. In allen war das Emphysem niemals ein ganz allgemeines, sondern fast immer nur auf den Rumpf oder Theile des Rumpfes beschränkt. In einem Falle war sogar die Kopfhaut emphysematös. Der Tod trat immer schnell ein i. e. nach zwei bis fünf Tagen, während in dem von mir beobachteten Falle das Emphysem zwanzig Tage bestand, ehe der Tod eintrat. Wie in diesem, so bot auch in allen Fällen Guillot's der Tod das Bild des Kollapses und zwar des asphyktischen Kollapses dar.

Einen Fall, welcher schnell und vollständig zur Heilung gelangte, veröffentlichte Burtaum[1]):

Ein Kind von drei Jahren, welches Mitte Februar Pertussis bekommen hatte, wurde Anfangs März somnolent, launisch und fieberisch. Die Anfälle wurden sehr krampfhaft und nach einem schweren Hustenanfall zeigte sich das Emphysem. Am 12. März sah B. das Kind zum ersten Male. Das obere wie das untere Lid des rechten Auges waren röthlich verfärbt und so angeschwollen, dass das Kind das Auge nicht öffnen konnte; Gesicht blass und aufgedunsen; Frontal- und Temporal-Region stark angeschwollen ; Hals und Rumpf ebenfalls sehr stark emphysematös, auf dem Rücken bis zum Steissbeine und vorn bis zur Schamfuge. Das Rückgrat einerseits und die Mitte des Sternum's, sowie die *Linea alba* andrerseits bildeten eine tiefe, beide Körperhälften trennende Furche. Das Skrotum war so stark angeschwollen, dass es die Schenkel auseinander drängte; dasselbe war wie die Augenlider röthlich-bläulich verfärbt — sonst keine Verfärbung. B. erwähnt ausdrücklich, dass die geschwollenen Theile dem Drucke des Fingers zwar nachgeben, wobei das Crepitiren deutlich gefühlt wird, dass aber der Fingereindruck nicht bleibend ist, sondern sofort wieder verschwindet! (Als differentielle Diagnose gegenüber dem Oedem mag das gelegentlich nicht unwichtig sein.)

Perkussion: Tympanitisch.

Auskultation: Pueriles Athmen, keine Rhonchi; doch beim Andrücken des Ohres die Crepitationen des emphysematösen Zellgewebes.

Die Respiration war ruhig (*tranquille*) und es bestand keine Dyspnöe!

Die Therapie bestand im Darreichen von *Kalium aceticum* innerlich, Einreibungen von Kampheröl, während das Skrotum in mit Discutientibus später Aromaticis getränkte Kissen eingehüllt war.

Der Umstand, dass das Kind ruhig athmete und absolut keine Dyspnöe hatte, scheint zu beweisen, dass die Stelle, an welcher die Alveolar-Ruptur stattgefunden, ausserhalb des Brustkorbes gelegen war und wird dadurch die schnelle und vollständige Heilung erklärlich. In solchen, eine günstige Prognose bietenden Fällen, würden auch Incisionen, wenn zur Beschleunigung der Heilung nöthig, am Platze sein, während man sich bei den vom Mediastinalraum aufsteigenden Emphysemen wohl schwerlich dazu entschliessen dürfte, derartige Eingriffe zu machen. In den meisten Fällen wird man auch kaum die Erlaubniss der Eltern dazu erlangen.

---

[1]) *L'Union médicale; Sept.* 5., 1865.

Der einzige in Amerika veröffentlichte Fall von Zellgewebsemphysem während des Keuchhusten's ist der von Pooley[1]), welcher noch einen anderen nicht durch Pertussis veranlassten Fall sah.

Am 28. September 1869 wurde ihm *ein sechsmonatliches Kind* gebracht, welches seit einigen Wochen an einem mässigen Keuchhusten gelitten hatte. In der vorhergehenden Nacht hatte die Mutter eine Anschwellung am Halse bemerkt, welche sich bis zum Morgen über den ganzen Körper verbreitet hatte. Der Hals war am meisten implicirt, der Rumpf weniger, die Arme noch weniger ; die Beine waren frei, nur das Skrotum war stark geschwollen und knisterte auf Anfühlen, wie eine trockene mit Luft gefüllte Blase.

Es war angeblich kein besonders schwerer Hustenanfall beobachtet worden. Puls und Respiration waren sehr schnell, doch war die Dyspnöe nicht sehr bedeutend, da das Kind sehr gut zu saugen im Stande war. Appetit und Verdauung waren gut, obgleich das Kind blass und herabgekommen aussah. Pooley gab der Mutter den Bescheid, dass er, wenn die Dyspnöe sich steigern sollte, Punktionen in das Zellgewebe machen werde — und er sah und hörte von dem Kind nichts wieder.

Man darf wohl annehmen, dass P. den Verlauf des Falles hätte weiter verfolgen können, wenn er nicht eine "Operation" in Aussicht gestellt hätte.

Zum Schluss möchte ich noch die klassische Darstellung Biermer's citiren, welcher den Gegenstand in Virchow's Sammelwerke[2]) bearbeitet hat. Er sagt :

"Das allgemeine Zellgewebsemphysem kann ein so bedeutendes Athemhinderniss werden, dass die Kranken alsbald ersticken. Der Tod kann schon nach einigen Minuten eintreten, gewöhnlich aber dauert das Leben unter Dyspnöe und Angst noch einige Zeit lang fort und der tödtliche Ausgang erfolgt erst nach einem oder mehreren Tagen; nur in seltenen Ausnahmefällen ist es möglich durch zweckmässige Behandlung (ergiebige Einschnitte) das Leben zu retten. Für den glücklichen Ausgang kommt alles darauf an, dass die Alveolar-Ruptur nicht zu gross ist und dass die Perforationsstelle sich so bald wie möglich wieder schliesst. Die Heilung erfolgt dann, indem der Lufterguss nicht mehr zunimmt und die bereits ausgetretene Luft resorbirt wird. Dies geschieht oft sehr rasch, noch öfter aber langsam ; meist vergehen Wochen bis das Emphysem völlig geschwunden ist."

Zur Kenntniss des Glaucoms. Eine neue Beobachtung.

Von Dr. M. Landesberg.

Vortrag gehalten in der Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend am 3. Mai 1886.

Das Glaucom ist eine Krankheit, welche in der Regel beide Augen selten gleichzeitig, meist nacheinander befällt. Doch sind Fälle bekannt, in denen das andere Auge durch Jahrzehnte unversehrt geblieben, und ich selber habe solche Fälle beobachtet. Mit alleiniger Ausnahme des sogenannten *Glaucoma fulminans* geht dem wirklichen Ausbruche der Krankheit ein Stadium voraus, in dem zeitweise das drohende Unheil durch gewisse Warnungszeichen angekündigt wird. In diesem sogenannten Prodromalstadium des Glaucoms haben wir es mit bestimmten, eigenartigen, intermittirenden Anfällen zu thun, die sich subjectiv kennzeichnen: durch Wahrnehmung eines sog. Heiligenscheines um eine Lichtflamme, die in

[1]) *N. Y. Med. Gazette ;* Oct. 16, 1869.

[2]) *Spezielle Pathologie und Therapie ;* Bd. V. 1. S. 559.

allen Regenbogenfarben schillert, wobei aber das Blau vorherrscht, durch das Auftauchen von Lichtblitzen im Gesichtsfelde und durch Trübesehen oder durch eine mehr oder weniger ausgesprochene Herabsetzung der Sehschärfe. Dabei können Druck- und Ciliarneuralgien im Auge und in der Schläfe bestehen. Diese Erscheinungen treten plötzlich, unvermuthet auf, halten in der Regel nur kurze Zeit an, werden jedenfalls durch Schlaf coupirt und lassen vollkommen freie Intermissionen zurück. Die Dauer der Letzteren ist verschieden und schwankt zwischen wenigen Tagen und Jahren. Aber der Anfall wiederholt sich sicherlich. Von selbst sistirt der Process in keinem Falle. Im weiteren Verlaufe werden die freien Intervalle kürzer, die Anfälle selbst länger und heftiger, die zurückbleibenden Störungen tiefgehender, bis schliesslich das Glaucom entweder in acuter oder subacuter Form seine Permanenz erlangt hat. Mit dem Ausbruche des wirklichen Glaucoms haben wir es allemal zu thun wenn die Entzündungs- und Reizerscheinungen nicht mehr *ganz* zurückgehen, wenn demnach von einer freien Intermission im eigentlichen Sinne nicht mehr gesprochen werden kann, und wenn das Sehvermögen dauernd stark beeinträchtigt sich zeigt. Störungen im Allgemeinbefinden, speciell Gemüthsaufregungen, ja selbst blos angespannte Aufmerksamkeit scheinen das Zustandekommen der Anfälle wesentlich zu begünstigen. So hat v. Graefe einen Banquier beobachtet, der durch acht Jahre seine Anfälle beim Kartenspiel bekam. Hat man Gelegenheit ein im Prodromalstadium des Glaucoms sich befindendes Auge während einer freien Intermission zu untersuchen, so wird man folgende krankhaften Veränderungen vorfinden: der Nahepunkt ist unverhältnissmässig zum Alter des Patienten hinausgerückt, — es existirt demnach ein hoher Grad von Presbyopie, der schnell zunimmt und den betreffenden Patienten zwingt, schnell nach einander seine Lesebrillen zu wechseln, ein Uebelstand, durch den er gewöhnlich zuerst aufmerksam gemacht wird, dass mit den Augen "etwas los sei." Die Pupille ist träge, etwas erweitert, der intraoculare Druck mehr oder weniger erhöht. Die Sehschärfe kann schon gelitten haben, wenn auch die Herabsetzung derselben in vielen Fällen nur auf der Erweiterung der Pupille beruht; in den peripheren Theilen des Gesichtsfeldes besteht ein gewisser Grad von Unempfindlichkeit für Lichteindrücke. Im Augenhintergrunde sind Stauungserscheinungen vorhanden. Wird das Auge während eines Anfalles im Prodromalstadium untersucht, so zeigt sich das Sehvermögen mehr oder weniger herabgesetzt; die Cornea ist gewöhnlich central getrübt, die Pupille erweitert, die Iris entfärbt, der intraoculare Druck erhöht. Die Stauungserscheinungen im Augenhintergrunde sind stark ausgesprochen.

Im Grunde genommen ist es das Vortheilhafteste das glaucomatöse Auge, wenn möglich, schon im Prodomalstadium zu operiren. Die Chancen auf völlige Wiederherstellung sind dann am gesichertsten. Aber es ist auch zulässig mit der Operation zu warten, zumal wenn der Patient unter gehöriger Aufsicht und Behandlung bleiben kann. Aufgeschoben darf jedoch die Operation nicht mehr werden, wenn wir es mit der vollendeten Thatsache des Glaucoms zu thun haben. Jeder Tag der Zögerung bringt nunmehr nicht wieder gut zu machenden Schaden.

Zwei Operationsmethoden stehen uns zur Verfügung: Die classische Methode der Iridektomie, mit der der Name v. Graefe's unsterb-

lich verknüpft ist, und die Sklerotomie, die erst in letzterer Zeit in Aufnahme gekommen.

Ueber die grössere oder geringere Berechtigung, die Sklerotomie beim Glaucom anzuwenden. wird noch gestritten. Die Ansichten über ihren Werth und ihre Wirksamkeit weichen noch viel von einander ab: Die Einen sind enthusiastisch in ihrem Lobe, die Anderen wollen ihr nur ein relativen Werth vindiciren, und wieder Andere nehmen einen vollständig negativen Standpunkt ein. Die Herrschaft der Iridektomie steht vorläufig unerschüttert da.

Beide Methoden haben meiner Ansicht nach ihre Vorzüge und ihre Fehler. Aber es kommt hier noch ein Umstand in Betracht, der in der Praxis nicht wenig besagt. Um eine Sklerotomie vorzunehmen, dazu gehört eigene Initiative, wobei die Verantwortlichkeit eine grössere ist. Im Falle des Misslingens kann zum Schaden noch der in mitleidiges Bedauern sich hüllende Spott sich beigesellen. Bei der Iridektomie wird man durch den Autoritätsglauben geschützt. Dass jedoch die Iridektomie keine Panacea beim Glaucom ist, weiss ein jeder Augenarzt aus eigener Erfahrung. Aber noch eine weitere Erfahrung haben wir bei der Iridektomie zu verzeichnen, die wir immer im Auge behalten müssen, um nicht uns selbst und unseren Patienten unangenehme Ueberraschungen zu bereiten. Klinische Beobachtungen haben nämlich gelehrt, dass in einem gewissen Procentsatz von Fällen unmittelbar nach einer Iridektomie an einem glaucomatösen Auge ein acutes Glaucom auf dem andern bis dahin völlig gesund gebliebenem Auge zum Ausbruche kommen kann.

Die beiden Thatsachen, dass das Glaucom eine Krankheit ist, die in der Regel beide Augen befällt, und dass unmittelbar nach einer Iridektomie an einem glaucomatösen Auge das andere, bis dahin gesund gebliebene Auge von einem acuten Glaucom ergriffen werden kann, waren es, die bekanntlich Fienzal veranlasst haben, auf dem internationalen medizinischen Congresse in Genf mit seinem Vorschlage hervorzutreten: bei einseitigem Glaucom beide Augen zu operiren, d. h. auf dem völlig gesunden Auge eine präventive Iridektomie auszuführen, wenn das andere wegen Glaucoms zu operiren sei. Wenn auch Männer von solcher Bedeutung wie E. Meyer, Dor und Critchett in einem gewissen Sinne den Vorschlag Fienzal's unterstützten, indem sie in der darauf folgenden Discussion erklärten, dass sie für ihre eigene Person im Falle eines einseitigen Glaucoms, sich vielleicht die beiderseitige Operation gefallen lassen würden, und wenn auch die ophthalmologische Section des Congresses sich einstimmig dahin aussprach, dass die präventive Iridektomie unter gewissen Umständen sich rechtfertigen lasse, so muss ich den betreffenden Vorschlag, von allen anderen Einwendungen abgesehen, aus folgenden Gründen für ungerechtfertigt und verwerflich halten:

1. Da doch Fälle vorkommen, in denen der glaucomatöse Process das andere Auge verschont, und sei es nur für Jahrzehnte, so hat der Patient das volle Recht das *Beneficium dubii* zu beanspruchen, und: *In dubio abstine!* ist ja eine bekannte Regel.

2. Ist es eine bekannte Erfahrung, dass eine Iridektomie dem betreffenden Auge keine Immunität gegen Glaucom gibt, wie es Fälle beweisen, in denen Augen, die entweder für optische Zwecke oder bei Cataractoperationen iridektomirt worden sind, später doch von Glaucom befallen werden,—und schliesslich

3. Weil ich, im Gegensatze zur Thatsache, dass unmittelbar nach einer Iridektomie an einem glaucomatösen Auge der Ausbruch eines acuten Glaucoms, auf dem bis dahin völlig gesund gebliebenen Auge, stattfinden kann, die Beobachtung gemacht habe:

"dass auf eine erfolgreich ausgeführte Iridektomie auf dem primär erkrankten glaucomatösen Auge eine *Restitutio ad integrum* des anderen, im Prodromalstadium des Glaucoms sich befindenden Auges, eintrat und dauernd blieb, ohne dass irgend welche lokale medikamentöse Behandlung in Anwendung gekommen wäre."

Ich stehe mit dieser Beobachtung vollständig vereinzelt da. Dieselbe hat bis jetzt kein Gegenstück in der gesammten medizinischen Literatur. Mündliche Erkundigungen in Betreff dieses Gegenstandes bei den hervorragendsten Fachgenossen, während meiner jüngsten Tour auf dem alten Continent, ergaben nur ein negatives Resultat. Keiner wollte etwas Aehnliches in seiner Praxis gesehen oder in der Literatur verzeichnet gefunden haben. Allen war die Thatsache neu und überraschend, und von allen Seiten ward ich angegangen, die betreffenden Fälle nicht länger der Veröffentlichung vorzuenthalten. Ich thue es jetzt mit Zögern. Zwar kann ich von denselben sagen: "*nonum primatur in annum;*" aber es ist kein angenehmes Gefühl, so allein mit einer Beobachtung dazustehen, noch dazu wenn dieselbe so alle hergebrachten Anschauungen über den Haufen wirft. Altmeister Arlt sagte noch in seiner letzten, hochbedeutenden Arbeit über das Glaucom, in der er die Erfahrungen seines Leben zusammengefasst hat:

"Auch die Sistirung des Processes durch Iridektomie an einem Auge kann nicht als Präservativ für das zweite betrachtet werden."

Als Beleg für den Vorgang, dienen mir die folgenden fünf Fälle:

I. Fall. *Frau K.*, 53 *Jahre alt.*

R. A.: Typisches *Glaucoma acutum.*

L. A.: Pathologisch erhöhter Druck. Etwas träge und über die normalen Grenzen erweiterte Pupille. Seichte vordere Kammer. Spontaner Arterienpuls und nicht unwesentliche venöse Hyperaemie der Retina. Der Nahepunkt ist bedeutend hinausgeschoben, die Sehschärfe etwas vermindert, die Empfindlichkeit der peripheren Gesichtsfeldgrenzen für Lichteindrücke im oberen inneren Quadranten merklich herabgesetzt. Die characteristischen subjectiven Beschwerden, als das Sehen farbiger Ringe um eine Lichtflamme, Nebelsehen, Ciliarneuralgien u. s. w. sind vor etwa sieben Monaten zuerst zur Wahrnehmung gekommen.

Während der Heilungsdauer nach der erfolgreichen Iridektomie am rechten Auge erfolgte allmäliges Zurückweichen der krankhaften Symptome am linken Auge. Am Ende der zweiten Woche war im selben die *Restitutio ad integrum* vollendet. Das Auge blieb während einer nachfolgenden fast $8\frac{1}{2}$-jährigen Beobachtung vollständig normal.

II. Fall. *Frau B.*, 49 *Jahre alt.*

R. A.: Typisches *Glaucoma acutum.*

L. A.: Intraocularer Druck erhöht. Pupille leicht erweitert, sehr träge. Vordere Kammer abgeflacht, Hornhaut leicht diffus getrübt; Radiärzeichnungen der Iris etwas verschwommen. Augenhintergrund etwas undeutlich. Starke venöse Stauung. Sehschärfe stark herabgesetzt; die Empfindlichkeit für Lichteindruck in den peripheren Thei-

len der oberen Hälfte des Gesichtsfeldes vermindert. Subjective Beschwerden: Druck und Spannung im Auge, Feuerkugeln und Feuerfunken im Gesichtsfelde. Das ist der erste Anfall der Art, den Patientin am linken Auge wahrgenommen, Regenbogenfarbensehen um eine Lichtflamme wird als häufige Erscheinung in den letzten Monaten zugegeben.

Die Iridektomie wurde zuerst am rechten Auge unternommen und am linken Auge für den folgenden Tag in Aussicht gestellt. In der Zwischenzeit war jedoch eine solch' erhebliche Besserung im Befinden des betreffenken Auges eingetreten, dass ich gerechtes Bedenken trug, die Operation bei der Patientin zu urgiren. Bei raschem, günstigem Heilvorgange am rechten Auge war jede Spur einer krankhaften Veränderung am linken Auge bereits nach 48 Stunden verschwunden. Das Auge wurde vollständig normal, und blieb so während der nachfolgenden fast achtjährigen Beobachtungsperiode.

III. Fall. *Kaufmann D.*, 53 *Jahre alt.*

R. A.: *Subacutes Glaucom.*

L. A.: Die Pupille scheint mir das Maass der physiologischen Weite bereits überschritten zu haben; sie ist auf Lichteinfall sehr träge und nicht ganz regelmässig rund. Intraocularer Druck pathologisch erhöht. Starke venöse Hyperämie der Retina mit starker Schlängelung einzelner Venenstämme. Sehschärfe stark herabgesetzt. Gesichtsfeld normal. Die bekannten subjectiven Symptome in den prodromalen Anfällen des Glaucoms sind wiederholentlich während des letzten halben Jahres zur Wahrnehmung gekommen.

Nach der erfolgreichen Iridektomie am rechten Auge gingen am linken alle pathologischen Erscheinungen vollständig zurück, Die Sehschärfe erlangte fast normale Beachaffenheit. Der Zustand blieb während einer nachfolgenden fünfjährigen Beobachtung unverändert. Subjective Beschwerden machten sich zu keiner Zeit mehr geltend.

IV. Fall. *Frau S.*, 47 *Jahre alt*, etwas frühzeitig gealtert, wurde nach vorhergegangener hochgradiger geistiger Aufregung, plötzlich am linken Auge von *Glaucoma fulminans* befallen, Wenige Stunden darauf stellten sich im rechten Auge Druck und Schmerz ein, die, mit geringen Unterbrechungen, die ganze Nacht anhielten. Bei der Untersuchung, etwa 15 Stunden nach dem Anfall, constatirte ich folgenden Befund:

L. A.: *Glaucoma acutum* mit hochgradigen Reiz- und Entzündungs-Erscheinungen.

D. A.: Leichte pericorneale Injection. Leichte centrale Trübung der Cornea. Pupille etwas erweitert. Intraocularer Druck erhöht, Augenhintergrund verschleiert und stark hyperämisch, Arterienpulsation auf leichten Druck. Korkzieherartige Schlängelung eines oberen Venenastes. Sehvermögen herabgesetzt.

Da Patientin eine gleichzeitige Operation an beiden Augen nicht zugeben wollte, so vollführte ich die Iridektomie zunächst am linken Auge. Bei dem Abendbesuche fand ich Patientin in äusserst comfortabler Lage, ohne die geringsten Schmerzempfindungen. Als der Druckverband 24 Stunden nach der Operation entfernt wurde, war am rechten Auge jede Spur einer krankhaften Veränderung verschwunden und Patientin behauptete, mit dem Auge ebenso klar sehen zu können, wie je zuvor. Eine spätere Untersuchung desselben ergab vollkommen

normale Funktionen und normalen Thatbestand, die auch während einer weiteren, etwa fünfjährigen Beobachtung unverändert erhalten blieben.

V. Fall. *Frau S.*, 58 *Jahre alt.*

R. A.: *Glaucoma subacutum.*

L. A.: Pupille über die physiologischen Grenzen erweitert, träge. Intraocularer Druck pathologisch erhöht. Starke venöse Hyperaemie der Retina. Sehschärfe fast normal. Accomodation aufgehoben. Gesichtsfeld in der oberen Peripherie von verminderter Empfindlichkeit gegen Lichteindrücke.

Periodenweise auftretende Obscurationen im Gesichtsfelde, Regenbogenfarbensehen um eine Lichtflamme und Lichtblitze im Gesichtsfelde will Patientin mit dem linken Auge während der letzten Monate wahrgenommen haben.

Nach einer erfolgreichen Iridektomie am rechten Auge stellte sich gar bald eine *Restitutio ad integrum* des linken Auges ein. Nach 13 Monaten ungestörten Verhaltens traten, bald nach ausgebrochenem Recidive am rechten Auge, glaucomatöse Prodromalsymptome am linken Auge auf, um nach erfolgreicher Sklerotomie auf dem rechten Auge spurlos zu verschwinden. Während einer weiteren fast fünfjährigen Beobachtungsdauer war am linken Auge keinerlei Abweichung vom normalen Zustande zu constatiren.

Alte Blutkaverne im rechten Kleinhirn.

Demonstrirt in der *Wissenschaftlichen Zusammenkunft der Aerzte des Deutschen Hospitals und Dispensary,* April 1886.

Von Dr. A. Seibert, Kinderarzt am Deutschen Dispensary.

Das Präparat stammt aus der Leiche eines 47 Jahre alten Mannes.

Die Krankengeschichte ist folgende: Patient litt vor 4 Jahren 9 Monate lang an Schmerzen in der rechten Hüfte und nahm desswegen allerlei Medikamente, namentlich Salicylsäure, und zwar in sehr unregelmässiger Weise, meist nach dem Grundsatz: "Viel hilft viel," ein. Auf russische Bäder verschwanden schliesslich die Schmerzen. Nach dieser Affektion hustete Patient fast ein volles Jahr lang und soll der Husten meist sehr heftig, dem Pertussis ähnlich, gewesen sein. Vor circa 2 Jahren hatte der Mann einen Furunkel im Rücken, der auf eine Incision bald heilte.

Anderthalb Jahre vor dem Tode traten zuerst Kopfschmerzen auf, die einen diffusen, unregelmässigen Charakter zeigten, bei Tag so häufig wie bei Nacht, namentlich aber nach Aufregung irgend welcher Art (z. B. nach angestrengter Geistesthätigkeit) sich regelmässig einstellten oder verschlimmerten. Willkürlich konnten die sehr heftigen Schmerzen (während deren Dauer die Konjunktiven stark injizirt erschienen) durch rechte Seitenlage stets hervorgerufen werden.

Im Februar 1885 stellte sich allmählig eine Trübung des Gesichtsfeldes des rechten Auges mit Skotom ein und wurde Patient wegen

Choroidealexsudat am gelben Fleck in der Knapp'schen Klinik von Dr. Born behandelt. In der Annahme, es hier mit einer *Choroiditis luetica* zu thun zu haben, ordnete Kollege Born (dem ich diese Mittheilungen verdanke) eine energische Schmierkur, verbunden mit Calomel, bei absoluter Ruhe im Dunkelzimmer, an. Nach 3 Wochen fing der Fleck im Gesichtsfeld allmählig an, heller zu werden und löste sich später in ein Netzwerk von Fasergebilden auf. Nach einigen Monaten verschwand auch dieses vollständig. Die antiluetische Behandlung dauerte 8 Wochen. Während seines Aufenthaltes im Dunkelzimmer (wo also körperliche und namentlich geistige Thätigkeit auf ein Minimum reduzirt war) hatte Patient fast gar keine Kopfschmerzen, dagegen kehrten dieselben nach dem Austritt aus der Anstalt sofort mit unverminderter Heftigkeit wieder.

Eine, im Sommer 1885 unternommene Reise nach Deutschland brachte zwar eine Reduktion des zu starken Fettpolsters des Patienten aber keine Besserung oder gar Beseitigung der Kopfschmerzen zu Stande.

Sechs Monate vor dem Tode traten zum ersten Mal Athmungsbeschwerden mit asthmatischem Charakter auf, die sich periodisch mit dem Kopfweh einstellten, und mit letzterem oft so qualvollen Zustand schafften, dass Patient ganze Nächte hindurch im Lehnstuhl aufrecht sitzend zubringen musste, da jeder Versuch Rückenlage einzunehmen, durch sofortiges Exacerbiren der Symptome vereitelt wurde.

Es ist selbstverständlich, dass Patient (der in guten Verhältnissen lebte) Linderung seiner Leiden suchte. Schon die obstinate und obskure Natur seiner Krankheit trieb ihn von einem Heilkünstler zum anderen. Da physikalisch Nichts nachzuweisen, so waren die Behandlungsmethoden der konsultirten Kollegen fast so mannigfaltig wie ihre Namen. Der eine brannte ihm die Nase aus, der andere verordnete strenge Diät und der dritte blieb bei der Diagnose Lues. Kurzum, trotz aller Therapie verschlimmerte sich der Zustand des Kranken, namentlich aber die gelegentliche Athemnoth.

Drei Wochen vor dem Tode reiste Patient nach *Aiken, South Carolina*, wo er Besserung seines "Asthma" erhoffte. Am Todestage kam Patient nach einer qualvollen Nacht zum Frühstück, das mit gutem Appetit, wie gewöhnlich, verzehrt wurde. Kurz nachher klagte er plötzlich über Ohnmachts- und Schwindelgefühl (was er früher nie gehabt hatte), bekam gleich darauf allgemeine Konvulsionen und blieb dann bis zum Exitus, der 12 Stunden später eintrat, bewusstlos.

Sechs Tage nach dem Tode machte ich an der hierhergesandten Leiche die Sektion, mit folgendem Ergebniss:

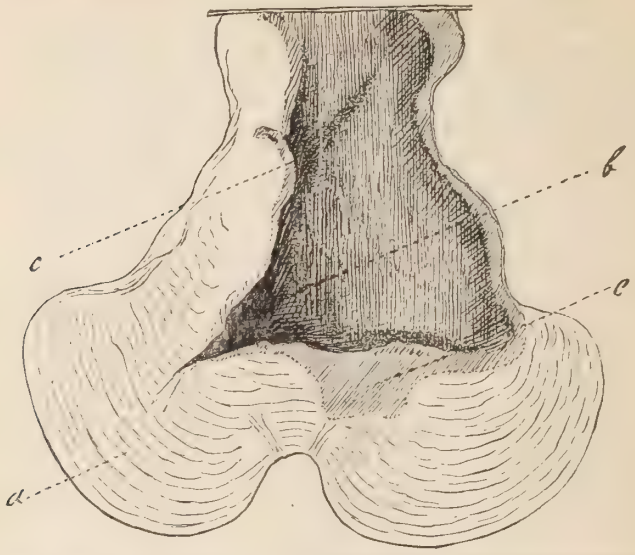
Grosse, kräftige männliche Leiche, mässiges Fettpolster, sehr gut entwickelte Muskulatur. Keine Narben am Körper, Cervikal- sowie Leistendrüsen nicht zu fühlen.

Schädelknochen sehr dick, aber gleichmässig, ebenso Kopfschwarte. Die Dura ist nicht am Dach adherent, keine pathologischen Knochenauftreibungen. Die Gefässe der Dura und der Pia sind stark hyperämisch erweitert, ihre Wandungen erscheinen normal. Die Hirnhäute selbst zeigen nirgends Verdickungen, Trübungen oder sonstige Entzündungsreste.

Die Grosshirnlappen erscheinen symmetrisch. Beim Durchschnitt fällt die Prominenz der grauen Substanz auf. In den Ventrikeln

sehr geringer Erguss. Eine grosse Anzahl von Schnitten ergibt nichts Abnormes in der Grosshirnsubstanz und seiner Gefässe.

Untere Hälfte des Kleinhirns, nach horizontalem Durchschnitt.
(Schematisch dargestellt.)



a Normales Gewebe. *b* Kaverne. *c* and *c* Verdickte und pigmentirte Wandung.

Kleinhirn, Pons und Medulla präsentiren von Aussen nichts Abnormes. Beim horizontalen Durchschnitt des Cerebellum jedoch zeigt sich in der vorderen Partie der unteren Hemisphärenhälfte eine, mit frischem, hellrothem Blut strotzend gefüllte Kaverne (b), von der Grösse eines Silberdollars. Die Gestalt der Höhle ist länglich und unregelmässig. Sie erstreckt sich nach vorn weit in den Pons und nach vorn und links bis ½ Zoll über die Mittellinie.

Die Wandungen sind verdickt (c), namentlich nach Hinten, fühlen sich derber an und zeigen grau-schwarze Pigmentirung. In der nach Vorn und Unten sich erstreckenden Partie der Kaverne scheint die Wandung normalem Gewebe anzugehören. Ein grauer, schmierig weicher Belag haftet unmittelbar an den verdickten Wandungen, von welchem sich das frische Blut der lethalen Hämorrhagie deutlich scharf abhebt.

Die übrigen Organe zeigten durchweg normale Beschaffenheit, so war namentlich die Leber nicht vergrössert und zeigte dieselbe nirgendswo Entartung. Ebenso Nieren und Milz.

Die Wandung des rechten Herzventrikels allein war entschieden atrophisch, während der linke sich mässig verdickt zeigte, ein Befund, der um so auffallender ist, als die durch die Athemnoth bedingte, vermehrte Herzthätigkeit doch wohl (durch Stauung im kleinen Kreislauf) eigentlich Hypertrophie hätte bedingen sollen! Den Gedanken, dass in Folge der Kleinhirnerkrankung (bei der ja auch der Pons direkt und die Medulla durch Druck indirekt in Mitleidenschaft gezogen waren) die Atrophie der rechten Ventrikelmuskulatur

durch Innervationsstörung bedingt wurde — halte ich für angemessen.

Ueberhaupt deckt der Befund in der Leiche die Erscheinungen intra vitam vollständig. Die in die alte Kaverne ergossene frische Blutung, welche denselben nicht allein dilatirte, sondern nach der Pons zu zerriss und sich so auch in, bis dahin normales, Gewebe weit hineindrängte — erklärt die Erscheinungen des letzten Lebenstages, namentlich die allgemeinen Konvulsionen und den Mangel von Hemiplegie.

Der Sitz der Kaverne nun erklärt den Mangel von bestimmten Erscheinungen im Krankheitsverlauf. NOTHNAGEL[1]) sagt: „Hirnerkrankungen, welche sich in ihren Wirkungen genau auf eine Kleinhirnhemisphäre beschränken, können nicht diagnosticirt werden." BROADBENT[2]) sagt bei der Besprechung des Kleinhirn: „*There may be extensive disease without obvious symptoms, pain however being* MORE CONSTANT *as an accompaniment of* CEREBELLAR *than of cerebral disease.*"

Die Erkrankung beschränkte sich in unserem Fall allerdings nicht vollständig auf die Hemisphäre, aber doch genügend, um die mangelhaften Symptome zu erklären. Der diffuse Kopfschmerz stimmt genau mit BROADBENT's Angabe und ebenso die erst 6 Monate vor dem Tod bestandene Athemnoth, denn BROADBENT sagt: „*In the latter stage* EVIDENCES OF PRESSURE UPON THE MEDULLA, *or of intracranial pressure, may be superadded.*" Dass die asthmatischen Anfälle nur allein durch Druckreizung der Medulla zu Stande kommen wird zweifellos, wenn ich erwähne, dass Patient nie an Emphysem litt und seine Lunge bei der Sektion durchweg gesund gefunden wurde.

Wie nun aber entstand die Kaverne?

Das Bequemste und Nächstliegende wäre dieselbe für ein erweichtes Gumma zu halten, aber dem widersprechen doch so wichtige Thatsachen, dass eine weitere Besprechung derselben schon der Mühe werth ist.

1. Der Mangel irgendwelcher sonstigen Befunde, die auf frühere Syphilis schliessen liesse. Die Drüsen am Körper waren nicht zu fühlen, jede andere Entartung fehlte. Es wäre doch wahrscheinlich, dass in einem Körper, in dem sich an einer Stelle eine so grosse und ausgebreitete Veränderung entwickelte, das Krankheitsgift auch sonst wo noch wenigstens Spuren seiner Thätigkeit hinterlassen haben würde!

2. Der Sitz der Kaverne widerspricht der Annahme Syphilis, indem Gummata "meistens in den Meningen und den Rindentheilen der nervösen Substanz, sehr selten im Inneren des Gehirnes und des Rückenmarkes vorkommen[3])". Nur ein Mal hat BROADBENT die Diagnose Gumma des Kleinhirns gestellt, doch wurde in dem Fall keine Sektion gemacht und bemerkt er selbst[4]): "*In those cases of disease of the cerebellum which I watched to a fatal termination, and in which I have made post-mortem examinations, the cause has not been syphilitic.*"

3. Die Form der Kaverne spricht nicht für Gumma, indem die Wandungen abgerundet erscheinen und keine Fortsätze und Ausläufer entlang der nächstliegenden Gefässe enthalten, wie das bei Gumma stets der Fall ist. Bei der Erweichung sind die Wandungen

---

[1]) Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten, Berlin 1879.

[2]) *Lectures on Syphilis as a cause of disease of the nervous system*, Brit. Med. Journ. Jan. 1874.

[3]) ZIEGLER, Pathol. Anatomie, 2 II, p. 750.

[4]) l. c.

nicht cystenartig abgerundet und scharf abgegrenzt, sondern dieselbe verliert sich erst allmählig nach Aussen hin.

4. Die Pigmentirung der Wandungen spricht nicht für Gumma. Die Farbe wird stets als fleischartig oder gelblich angegeben; hier waren diese Stellen deutlich grau-schwärzlich.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass weder Nothnagel, noch Broadbent, noch Moxon[1]) einen nachgewiesenen Fall von Gumma im Innern des Kleinhirns kennen.

Somit bleibt nur noch übrig, diese Kaverne als einen alten Bluther d aufzufassen. Die Gestalt, die solchen Cysten eigenen Wandungen, die Pigmentirung derselben—sprechen für diese Annahme. Selten genug kommen derartige Blutungen vor, aber häufiger als Gummata.

Childs[2]) beschreibt einen Fall bei einem 19jährigen Mädchen, das nach starkem Kopfschütteln Schwindel und Erbrechen bekam, und bei dem nach 2jährigem Leiden eine Cyste von der Grösse einer Wallnuss am vierten Ventrikel gefunden wurde, die citronengelbe Flüssigkeit und einen alten Blutklumpen enthielt. Kopfschmerzen, taumelnder Gang und Amaurose wurden hierbei beobachtet. Keine Lähmungen.

Mosler[3]) erwähnt den Fall eines 39jährigen Diabetikers, bei dem sonst keine Hirnerscheinungen vorhanden waren, als häufige Dyspnöe nach anstrengender Arbeit. Hier fand sich ein taubeneigrosser Erweichungsherd in der linken Kleinhirnhemisphäre, dessen Entstehungsweise zweifelhaft erschien.

Nothnagel[4]) citirt eine ganze Reihe von Blutungen in das Innere der Kleinhirnhälften, bei welchen gar keine Symptome *intra vitam* bestanden.

Ich denke mir, dass in unserem Falle eine kleine Blutung zuerst stattfand, dass der Blutherd durch gelegentliche Nachschübe vergrössert wurde und durch Druck die reaktive Verhärtung der Wandungen bedingte, welch' letztere dann wieder die Resorption des Blutserums verhinderte. Die geringste Hyperämie des Gehirnes genügte nun, um eine Druckreizung der Medulla (der die Kaverne fast unmittelbar auflag) zu bedingen und Kopfschmerzen und Athemnoth zu bewirken. Dass eine derartige Blutung gerade an der Stelle ohne apoplektische Erscheinungen stattfinden kann ist durch genau beschriebene Fälle bewiesen.

Ob ein an der Stelle bestandenes Aneurysma den ersten Anlass zur Blutung gab, muss unentschieden bleiben.

Spitzka's Untersuchungen über die vergleichende Anatomie des Pyramiden-Tractus.

Von Dr. R. Mollenhauer.

Die Resultate dieser in No. 1 des VII. Bandes des *Journal of Comparative Medicine and Surgery* enthaltenen Untersuchungen sind die folgenden:

1. Vor Allem erinnert Spitzka an die Thatsache, dass die beiderseits

[1]) *Guy's Hospital Reports*, Vol. XVI, 1871.
[2]) *Americ. Med. Monthly*, Jan. 1858.
[3]) *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. XV., p. 229.
[4]) l. c.

die Ventralfissur des verlängerten Markes begrenzenden, beim Menschen stets säulenförmigen Erhebungen zwar ein charakteristisches Merkmal der ganzen Klasse der Säugethiere bilden, jedoch nicht immer die Bedeutung der Pyramiden haben, indem bei gewissen Ordnungen letztere gar nicht sich entwickelt zeigen und in wieder anderen zusammengesetzte, andere Gebilde einschliessende, homologe Säulen sind. Schon bei sorgfältiger äusserer Betrachtung der Oblongata können Anhaltspunkte zu Tage treten, welche uns im geeigneten Falle berechtigen, jene Erhebungen als Pyramiden zu bezeichnen. Nicht weniger als drei verschiedene anatomische Gebilde können die erwähnten symmetrischen Erhebungen zur Erscheinung bringen, nämlich:

a. Die Pyramiden — beim Menschen, den Raubthieren, den Nagethieren, den Fledermäusen. —*)

b. Die Olivenzwischenschicht — beim Elephanten.

c. Die Oliven — beim Tümmler.

2. Bei wahrscheinlich allen Edentaten sind die Pyramiden so schwach angedeutet, dass sie kaum zu identificiren sind.

3. Beim Elephanten und Tümmler sind die Pyramiden an der gewöhnlichen Stelle nicht nachweisbar, was vermuthlich mit dem physiologischen Charakter dieser Thiere zusammenhängt.

4. Was die übrigen Säugethiere anbelangt, so findet man bei ihnen zwei verschiedene Typen der Pyramidenentwickelung, nämlich bei den Primaten, Handflüglern, Raubthieren und Nagethieren mässige, deutlich auf den ersten Blick erkennbare, durch die ganze Länge der Oblongata sich erstreckende und in Form starker Bündel mit denen der entgegengesetzten Hälfte des Rückenmarks sich kreuzende Wülste, dagegen bei den Hufthieren äusserst schmale, makroskopisch nicht gut demonstrirbare, nur einen Theil der Länge des verlängerten Marks durchsetzende und keineswegs in Bündelform eine Decussation eingehende Funiculi.

5. Es zeigen nun die nach dem einen oder dem andern dieser Typen entwickelten Pyramiden in ihrem cerebralen Abschnitt constant die folgenden Charaktere:

a. Es steht dieser Abschnitt mit den sogenannten motorischen Feldern der Hemisphären in Zusammenhang.

b. Er verläuft hinter dem Knie der *Capsula interna.*

c. Es bildet derselbe einen Theil des *Pes pedunculi*;

d. Er durchbohrt die Querfasermasse der Brücke (da die Querfasermasse mittels ihrer eingeschalteten Kerne cerebralwärts ziehende Fasern abgiebt, so kann man nur in der caudalen Hälfte des Pons den Pyramidentractus erkennbar nachweisen. Was von demselben in der Brücke des Elephanten und Tümmlers bemerkt werden konnte, lag nur in letztgeganntem Theile.)

e. Es ist der cerebrale Pyramidenschnitt, soweit er dem Pons angehört, durch einen deutlichen Zwischenraum von der Olivenzwischenschicht abgeschieden.

f. Er verläuft an der ventralen Seite des Trapezium.

g. Er verläuft an der ventromedialen Seite der wahren Oliven;

h. Er geht eine sicher erkennbare Decussation in die entgegengesetzte Markhälfte des Pons ein.

6. Man kann drei gut unterscheidbare Decussationsformen der wahren Pyramiden aufstellen, nämlich:

---

*) *The Comparative Anatomy of the Pyramid Tract.*

A. Die gewöhnliche Form, bei welcher die pyramidale Hauptmasse in den entgegengesetzten Rückenmarksseitenstrang übertritt — so bei den Primaten, Carnivoren und einigen Nagethieren ;

B. Jene Form, bei der die Hauptmasse der Pyramiden in die anderseitige hintere Rückenmarkssäule eintritt — so bei den Mäusen und auch, obschon weniger ausgeprägt, bei den Meerschweinchen.

C. Die letzte Form, bei welcher die Pyramiden an der Basalfläche des Gehirns ihre Kreuzung vollziehen und dann in das laterale Feld der Oblongata eintreten — so bei den fruchtfressenden Fledermäusen.

Bei den beiden ersteren Formen repräsentirt die Decussation eine Hypertrophie der Raphe, wogegen bei der letzten die Raphe keine Connection mit der Kreuzung aufweist.

7. Bei Thieren, welche die Pyramidenform A darbieten, kann man in der besseren Entwickelung dieser Stränge eine stärker ausgesprochene Beziehung zu den höheren Centren erkennen. Ausser dem auffallend grossen Querschnittsfelde der Pyramiden bemerkt man auch, dass die Oliven aus einer tiefen, medialen Lage in eine oberflächliche, mehr laterale gedrängt sind.

a. Das relative Areal des Pyramidenzuges in der Oblongata vergrössert sich in Einklang mit der zunehmenden Intelligenz ; dies gilt jedoch nur für die mit der Pyramidenform A ausgestatteten Thiere.

b. Das zum Theil ihrer inneren Entwickelung entsprechende Hervortreten der Oliven zeigt sich um so stärker ausgesprochen, je weiter wir den Stufengang der Pyramidenentwickelung nach oben verfolgen.

8. In derselben Thiergruppe kommt es vor, dass die Pyramiden um so grösser sind, je voluminöseren Körperbau die Species darbietet. So sind sie verhältnissmässig grösser beim Löwen als beim Leoparden, sowie bei letzterem, verglichen mit denen der Katze, — gleichfalls grösser bei den Bären als bei den Nasenbären und grösser beim Pavian als beim Winselaffen. Diese Thatsache scheint zu der den grösseren Thierspecies zukommenden, stärkeren Entwickelung des Hirnstammes überhaupt in Beziehung zu stehen.

9. Die Entwickelung der Querfasermasse der Brücke steht in keinem Verhältnisse zu jener der Pyramiden. Der Elephant besitzt die bedeutendste Querfasermasse in der Thiergruppe, zeigt aber keine Pyramiden. Uebrigens erinnert Verfasser auch daran, dass bei menschlichen Missbildungen gelegentlich die Pyramiden fehlten, aber trotzdem eine gut entwickelte Brücke, soweit Querfaserung und Kernanordnung in Betracht kamen, vorgefunden wurde.

10. Die Entwickelung der Pyramiden steht in keinem Verhältnisse zu dem Grade, bis zu welchem das Trapezium in der Brücke verborgen liegt. Am schwersten ist letzteres beim Elephanten und Tümmler nachzuweisen, aber bei keinem dieser Thiere ist eine Pyramide in der Oblongata zu finden.

11. Der Entwickelungsgrad der Oliven entspricht nicht dem der Pyramiden. Die ersteren sind bei den soeben angeführten Thieren gut ausgebildet, obgleich die Pyramiden fehlen. Uebrigens nähert sich bei den mit der Pyramidenform A ausgestatteten Thieren die Entwickelung besagter Gebilde einem entsprechenden Grade insofern, als sich der U-förmige *Nucleus dentatus* beim Bestehen grösserer Pyramiden gleichfalls grösser und bei den zuhöchst stehenden Formen gefaltet erweist.

12. Mit gut entwickelten Pyramiden versehene Thiere zeigen eine breitere basiläre Raphe als jene, die solche nicht besitzen. Der extremste Typus der letzteren (der Tümmler) zeigt augenscheinlich keine.

13. Man hat es bei den Huf-, Wal- und Rüsselthieren einer Atrophie und einem Verschwinden des Pyramidentractus zuzuschreiben, dass die transversale Axe des Olivenkörpers eine horizontale wird, wesshalb sich denn auch nicht, wie beim Menschen eine äussere, eigentliche und mediale, sondern eine dorsale, eigentliche und ventrale Olive vorfinden. Von dieser hier geltenden Regel muss der beim Elephanten sich darbietende Zustand ausgeschlossen werden, und es ist diese Ausnahme dadurch bedingt, dass bei diesem Thiere an der Stelle, wo die Pyramiden zu finden sein sollten, die Olivenzwischenschicht stellvertretend zur Entwickelung gekommen ist. Bei allen Hufthieren ist eine gleichartige Olivenentwickelung nachweisbar.

14. Die wahren Pyramiden ziehen zum grösseren Theil immer an der ventralen Seite des Trapezium hin. Die Olivenzwischenschicht verläuft stets entweder durch das Trapezium hindurch oder dorsal von demselben oder wird, falls ein defectes Trapezium, wie beim Menschen, zugegen ist, in einer homologen Situation vorgefunden.

(Aus No. 8 der *Deutschen Medizinal-Zeitung.*)

Hochgradige Idiosynkrasie gegen Jodoform und Karbol.

In meinen ersten Studiensemestern litt ich heftig an Ekzem, welches jedesmal zum Ausbruch kam, wenn ich bei einer Mensur mit Karbol behandelt wurde. Dieselben Ausbrüche bekam ich später, als ich bei Kommilitonen deren Schmisse mit Jodoform verband, wobei ich eine Berührung des J. sorgfältig vermied. Ich bekam schon nach wenigen Stunden ein fürchterliches Jucken über den ganzen Körper, geringe Temperaturerhöhung, während der folgenden Nacht schwollen mein Gesicht und meine Hände bis an die Ellenbogen hinauf stark an, und es kam zu Blasenentwickelung, wie sie bei dem stärksten Pemphigus selten gesehen wird. Unter Borsalbeverbänden heilte ich dann in 6—9 Tagen wieder ab. Mein Gesicht schwoll in so hohem Grade bei diesen Eruptionen, deren ich im Sommer '83 sechs zu überstehen hatte, an, dass ich 3—4 Tage meine Augen absolut nicht öffnen konnte. Ich vermied in den nächsten Jahren Karbol gänzlich und bediente mich ausschliesslich des Sublimats, für Jodoform nahm ich Acid. borac. mit Bismuth. subnitr. (2 : 1) bei allen möglichen chirurgischen Eingriffen, womit ich nebenbei sehr zufrieden bin. Nur bei Kornealgeschwüren und nach Verletzungen der Augen mochte ich Jodoform nicht entbehren, stäubte es aber mit grösster Vorsicht, sogar mit Glacehandschuhen bewaffnet, ins Auge meiner Patienten. Trotzdem bekam ich oft schon nach 10 Minuten Jucken in den Händen und im Gesicht, am Abend nach dem Gebrauch hatte ich beide Handrücken bis an die Fingerspitzen und das Gesicht unter den Augen, auch die Haut hinter den Ohren mit juckenden rothen Punkten bedeckt — ohne das Jodoform berührt zu haben, — lediglich vom Geruch! Zu solchen Ekzemen wie im Sommer '83 ist es nicht wieder gekommen, ich bin aber überzeugt, dass ich es in 2 Stunden durch geringe Berührung der unverletzten Haut mit J. mir "herzaubern" könnte. Ich theile dieses mit, weil mir eine so grosse Reizbarkeit der Haut sonst noch nicht bekannt geworden ist.

Dr. Kœster-Syke.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei*, wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Der akute primäre Magenkatarrh im Kindesalter.

Der Vortrag, welchen Dr. SEIBERT in der letzten Sitzung der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York* über das in der Ueberschrift genannte Thema hielt, war durchaus zeitgemäss; die Jahreszeit, in welcher die Verdauungskrankheiten bei Kindern vorherrschen, rückt immer näher, während andererseits das wechselvolle Frühjahrswetter die Erkältung als aetiologiches Moment im Vordergrunde hält.

Es ist immer wichtig, die besondere Krankheitsform, als welche die von manchen Autoren *Gastritis gravis acuta* genannte Affektion sich darstellt, im Gedächtnisse zu behalten und sich derselben zu diagnostischen Zwecken zu erinnern, sobald es sich um Erkrankungen des Magen-Darmkanales bei Kindern handelt.

Die hervorragendsten Symptome sind:

Das hohe plötzlich auftretende Fieber – nach SEIBERT's Beobachtungen kann dasselbe nach jeder Nahrungsaufnahme schnell um 5°, ja um 7° steigen und ebenso schnell wieder zur Norm zurückkehren. Andererseits steigt das Fieber oft nicht so hoch, hält sich aber einige Tage mit unbestimmten Remissionen auf mässiger Höhe (102°—103°), fällt dann ab und steigt in den nächsten Tagen, besonders gern des Abends wieder an. "Dieser wechselnde fieberhafte Verlauf, in Verbindung mit den sogleich zu schildernden Erscheinungen von Seiten des Gehirns und Nervensystems kann dieser Krankheitsform, wenn auch nur vorübergehend, ein ernsteres Aussehen verschaffen, und zwar am ehesten in der jüngsten Kindheit." (WIDERHOFER.)

Auftreibung und Empfindlichkeit des Unterleibes, namentlich der Magen-Gegend.

Aufstossen, Schluchzen und Gähnen bis es zum Erbrechen kommt; letzteres tritt kopiös und heftig auf und die erbrochenen Massen sind entweder unverdauter Speisebrei oder farblose wässerige Schleimmassen von der abnorm vermehrten und veränderten (akut katarrhalischen) Sekretion herrührend.

Der Stuhlgang ist während der ersten 24 Stunden meist angehalten und wird am zweiten Tage von Diarrhöe gefolgt: Uebelriechende flüssige Stühle von stinkenden Gasen begleitet, das letztere namentlich bei Kindern, die nicht gestillt werden.

Vermehrte Speichelsekretion, mässiger Zungenbelag und Katarrh der Mundschleimhaut sind meist auch vorhanden.

Endlich: Meningealhyperämie mit allen Begleiterscheinungen: Hinfalligkeit, Mattigkeit, ängstliche Facies, Stöhnen und Klagen, Schlaflosigkeit, Delirien und natürlich dann und wann auch Konvulsionen, die ja im Kindesalter nach scheinbar geringfügigen Diätfehlern auftreten können.

Sieht man die letztere als prominentes Symptom hervortreten, so kann dies zur Stellung einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Gehirnerkrankung führen, ebenso wie in manchen Fällen, namentlich bei Kindern im Alter von zwei Jahren und darüber, ein leichter *Typhus abdominalis* vorgetäuscht werden kann. Doch wird in 5—6, spätestens 8 Tagen, der Verlauf mit Sicherheit die richtige Diagnose zu stellen erlauben, wenn nicht durch zweckmässiges diätetisches Regime schon früher die Genesung sich einstellt.

Wenn nun auch der akute primäre Magenkatarrh — ausser in den wenigen Fällen, in denen er durch katarrhalische Processe der Mundschleimhaut bedingt wird — fast immer durch Fehler in der Quantität oder Qualität der Nahrung bedingt ist, so „ist doch die den Laien so geläufige Anschuldigung der Erkältung oft nicht wegzubeweisen!“ (Widerhofer.)

Die Therapie ergiebt sich aus allgemeinen Erwägungen: Entleerung des Magens resp. des Darmes und Diätregulirung. Bei grösseren Kindern später Bekämpfung der dyspeptischen Symptome.

Die Regulirung der Diät der stillenden Mutter oder Amme ist natürlich ebenfalls von grösster Wichtigkeit. Das Verbot des Biertrinkens (Seibert) mag unter Umständen von grossem Nutzen sein; doch wird die Befolgung desselben wohl nicht immer erzielt werden können.

Wir haben mit Befriedigung wahrgenommen, dass die hierzulande erscheinenden medizinischen Journale ebenso fleissig die in der New Yorker Medizinischen Presse veröffentlichten Arbeiten berichten und citiren, wie die deutschländischen. Wir möchten nur unserm vorzüglichen Collegen im Westen, den *St. Louis Courier of Medicine* bitten, den Namen unseres Journales etwas präciser anzuzeigen. Der otologische Bericht von Dr. M. D. Jones in der April Nummer desselben enthält ein gut geschriebenes Referat des Beitrages von Dr. D. B. St. John Roosa, (Ueber den Missbrauch des Politzer in No. 1), welchem die Quellenangabe: *New York Med. Press* beigesetzt ist, eine Abkür-

zung, die unter Umständen zur Verwechslung mit der *Med. Press* führen könnte, welche im Westen unseres Staates erscheint.

Dass unser Journal im *North Carolina Medical Journal* (March 1886) den amerikanischen Herren Collegen als sehr geeignet zur Vervollkommnung in der deutschen Sprache empfohlen wird, lassen wir uns schon eher gefallen. Wenn's die Herren nur lesen, das Weitere findet sich dann schon!

Die Sitzung der *American Medical Association*, vom 4. bis 7. Mai verlief den Erwartungen Vieler entgegen durchaus ruhig und harmonisch. Aus den nordöstlichen Staaten waren nur sehr wenige Mitglieder vorhanden, jedenfalls lassen die Verhandlungen ersehen, dass die überwiegende Mehrzahl der aktiven Theilnehmer dem Süden und Westen entstammten. Auch die in Philadelphia durch das Oppositions-Ticket erwählten Delegaten (S. Correspondenz aus Philadelphia in No. 2 der N. Y. Medizinischen Presse) glänzten durch ihre Abwesenheit.

Die Arbeiten des Exekutiv-Comité's wurden, wie gewöhnlich, gutgeheissen und der Internationale Kongress wird demzufolge in der von diesem Comité arrangirten Weise stattfinden.

In wissenschaftlicher Beziehung wurde zwar nichts Epochemachendes geleistet, doch wurden einige gute Arbeiten vorgelesen unter vielen, die etwas weniger gut waren.

Eine humoristische Episode spielte sich während der Sitzung der *Am. Med. Association* ab. Dr. W. P. King (Sedalia, Mo.) erwähnte im Verlaufe einer Diskussion, dass er in 20 Jahren 719 Entbindungen und die doppelte Anzahl von Aborten behandelt habe. Darauf frug ihn Dr. Garcelon (Maine), offenbar nicht ohne Hintergedanken, unter was für Leuten er denn eigentlich lebe. Der Fragende wurde durch Dr. King's Antwort vermuthlich nicht sehr erbaut, denn dieselbe lautete: "Es seien dies hauptsächlich in Missouri Eingewanderte—aus New England!"

Die Anwendung von Fairchild's Trypsin *in wässeriger Lösung* zur Schmelzung von diphtheritischen und croupösen Membranen wurde zuerst von Prof. Keating (Phil'a) und Dr. H. D. Chapin und Dr. J. R. Winters im *N. Y. Medical Record* empfohlen. Auch Dr. B. M. Von Syckel hat in demselben Journale Experimente veröffentlicht, welche er über die Auflösung fibrinöser und diphtheritischer Gewebe durch Trypsin gemacht hat. Er fand, dass eine gewisse Menge dieses Pankreas-Fermentes bei 98.5° F. in 5—10 Minuten die gleiche Gewichtsmasse Fibrin vollständig auflöst.

Wir haben das Trypsin ebenfalls in mehreren Fällen zur Zufriedenheit theils als *Spray*, theils zum Einpinseln verwendet und glauben, dass dasselbe in geeigneten Fällen unbedingt allen anderen zur lokalen Behandlung verwendeten Mitteln vorzuziehen ist.

REFERATE.

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber das Hopeïn sind neuerdings einige Mittheilungen bekannt gegeben worden, welche eine nochmalige genauere Nachprüfung speziell seiner Abstammung und chemischen Zusammensetzung wünschenswerth machen.

Williamson, Roberts und Smith waren die Ersten, welche mit dem Hopeïn Versuche anstellten und seine Eigenschaft als ein vorzügliches Hypnoticum sehr hervorhoben. Da das Präparat nur von einigen wenigen Firmen in England resp. Amerika dargestellt wird, so sind grössere Quantitäten nicht zu erlangen. Nach Angabe Méhu's kann dasselbe nur aus Hopfen dargestellt werden, welcher in Centralamerika wächst und zwar sind zur Darstellung eines einzigen Grammes 10 Kilogramm des Rohmateriales nothwendig. Daher der verhältnissmässig hohe Preis von 3—4 Francs per Gramm.

Das Hopeïn ist ein weisses, äusserst bitterschmeckendes und einen leichten Hopfengeruch von sich gebendes Pulver, welches in Wasser unlöslich ist; von den Darstellern wird Hopeïn als das von den Extraktivstoffen isolirte narkotische Alkaloid des Hopfens bezeichnet, während Lupulin bekanntlich eine Mischung von harzigen und öligen Stoffen mit einem Bitterstoffe (Lupulit) ist.

Das Alkaloid allein reichte Dr. T. Lang (Wien) in Dosen von 0,02g mit Erfolg verschiedenen Phthisikern und an einfacher Schlaflosigkeit leidenden Patienten mit Erfolg (4—6 Stunden Schlaf), nachdem bereits bis zu 1 Gramm Urethan erfolglos gegeben worden. Die Dosis musste bei den zuletzt genannten Patienten etwas vergrössert werden; überhaupt glaubt L., dass zur Erzielung des gleichen Effectes wie mit Morphium ein rascheres Steigen in der Dosis nothwendig sein werde.

Das salicylsaure Hopeïn wird in *condensed beer* gelöst in den Handel gebracht 0,01g des Salzes auf einen Cubikcentimeter des Bieres. Lang verabfolgte dies mit gleichem Erfolge an Kinder (4—8 Tropfen) und Erwachsene (20 Tropfen.)

Das salzsaure Hopeïn wandte L. in wässeriger Lösung subcutan an in Dosen wie Morphium, ebenfalls mit Erfolg. Er schliesst seine Mittheilung mit folgendem Ergebniss:

"In keinem Falle haben die Präparate versagt oder irgend eine unangenehme Neben- oder Nachwirkung gehabt so dass ich selbst nach der geringen Anzahl von Versuchen den Ausspruch für berechtigt halte, dass das Hopeïn als Schlafmittel (nicht gleichbedeutend mit Sedativum), was den Mangel jeglicher üblen Nachwirkung, Promptheit und Intensität der Wirkung betrifft, den besten der bis jetzt bekannten Schlafmittel gleichwerthig zur Seite gestellt werden kann."

Bedeutend skeptischer verhalten sich dem neuen Präparate gegenüber die französischen Mediziner. In einer Mittheilung, welche Dujardin-Beaumetz in der Februar-Sitzung der Pariser *Académie de Médecine* machte, berichtete derselbe, dass er auf eine Mittheilung von Petit hin, welcher behauptete das Hopeïn enthalte beträchtliche Mengen Morphium, eine genaue Untersuchung unter Beihülfe Bardel's vornahm. Er behauptet nun, das das Hopeïn sowohl bezüglich des Aussehens als wie auch bezüglich der Krystallform und aller Reactionen eine sehr auffallende Aehnlichkeit mit Morphium habe. Der einzige Unterschied bestehe darin, dass 1 Gramm Morphium einen halben Franc und das

Gramm Hopeïn deren 3—4 koste. Es sind nun nach D.-B.'s Ansichten drei Fälle möglich:

1. Hopeïn hat dieselben Reaktionen wie Morphium.
2. Der wilde centralamerikanische Hopfen enthält Morphium und
3. Die englischen (resp. amerikanischen) Droguisten verkaufen unter dem Namen Hopeïn ein mit Hopfen aromatisirtes Morphium.

Er knüpft hieran die Bemerkung, dass die interessante Arbeit Williamson's über das Hopeïn nichts anderes als eine Arbeit über Morphium sei.

Nach: *Wiener Mediz. Presse*, No. 5 & 8, 1886.

Ueber Mutterkorn und seine Bestandtheile berichtet nach eigenen Untersuchungen Dr. Kobert, Professor an der Universität zu Dorpat. Schon früher hatte Kobert nachgewiesen, dass von den beiden Säuren*) — Ergotinsäure und Sphacelinsäure — nur die letztere Wehen erregt. In dem vorliegenden Berichte zählt er die basischen Körper, deren Darstellung von verschiedenen Seiten veröffentlicht worden ist. Er zählt im Ganzen deren acht auf; doch hält er nur zwei: das Ergotinin und das Cornutin für genügend isolirt, um sie in Betracht zu ziehen.

Das Ergotinin wurde zuerst von Tanret dargestellt und zwar erst 1870 in verhältnissmässig reiner Form. Die Ausbeute an diesem Alkaloid (in beiden Formen, krystallisirt und amorph) beträgt nach den von Gehe & Comp. (Dresden) gemachten Erfahrungen nur ein Dreissigstel Procent des ursprünglich verwendeten Mutterkornes.

Die Versuche mehrerer Forscher haben ergeben, dass das nach Tanret's eigenen Angaben, resp. sogar von ihm selbst dargestellte Ergotinin keine Wirkung auf die organischen Muskelfasern, speziell des Uterus hat. Die weniger günstigen Berichte, welche von einigen Seiten gegeben wurden, glaubt Kobert dadurch erklären zu können, dass das Präparat nicht rein war, sondern Cornutin enthielt.

Das Cornutin selbst hat K. nun in ausführlichster Weise geprüft und gefunden, dass er ausschliesslich auf die ungestreiften Muskeln wirkt. Heftige Contractionen des Magen-Darmkanals und Bewegung des Inhaltes desselben nach Oben gehen einher mit entsprechenden Bewegungen des (schwangeren und nicht schwangeren) Uterus; zugleich tritt eine wesentliche Erhöhung des Blutdruckes ein. Bei grösseren Dosen werden klonische und tonische Krämpfe am unverletzten Thiere beobachtet und tritt der Tod unter Respirationsstillstand ein, jedoch schlägt das Herz noch einige Zeit kräftig weiter. Die Section ergiebt keine anatomischen Veränderungen; die Wirkung geschieht offenbar durch das Centralnervensystem, da es am ausgeschnittenen Uterus (des Schafes) nicht zu irgend welcher Einwirkung kam. Ist aber das Centralnervensystem intakt, so tritt sie, falls der Uterus Foetus enthält, so präcis ein, dass eine Austreibung der Leibesfrüchte leicht damit zu erzielen ist.

Andererseits hat längere Darreichung des Cornutin nicht die Wirkung, trotz der gleichen Erhöhung des Blutdruckes, Gangrän hervorzurufen, wie die Sphacelinsäure.

Welcher Umstand bei längerer Darreichung der Sphacelinsäure die

*) *Schmidts Jahrbücher*, Bd. C C VII. p. 8. 126 und 237.

hyaline Entartung der Gefässe und die Gangrän herbeiführt ist nach Kobert daher noch unbekannt. Ihre eminente Wirkung zur Herstellung des *Tetanus uteri* macht sie jedoch zu dem wichtigsten Bestandtheile des Mutterkornes; dazu kommt noch der Umstand, dass sie einen viel grösseren Procentsatz desselben ausmacht, als das Cornutin (s. oben.)

Kobert war nun bemüht, die Herstellung eines Secale-Präparates zu finden, welches eine möglichst zuverlässige Wirkung hat. So lange die reinen Substanzen noch zu theuer sind, sollte doch ein neues rationelleres Extract vorgeschlagen werden, da das gewöhnliche Ergotin sämmtlicher Pharmakopöen deshalb unrationell ist, weil es die Ergotinsäure in einer nicht ganz wasserfreien Form enthält und diese Säure sehr leicht sich zersetzt und unwirksam wird. Von Sphacelinsäure ist in den gebräulichen Ergotinen meist gar nichts, vom Cornutin nur wenig enthalten.

Kobert hat nun vorgeschlagen, ein *Extractum Secalis cornuti cornutino —sphacelinicum* darzustellen, welches in einem Gramm die gesammte Menge von Cornutin und Sphacelinsäure enthält, welche in fünfzehn Gramm nativen Mutterkorns enthalten sind. Dasselbe wird von Gehe & Comp. nach Kobert's Angaben hergestellt, ist jedoch nur zur Darreichung *per os* in Pillenform oder alkoholischer Lösung verwendbar, absolut nicht zur subcutanen Injection.

Schmidt's Jahrbücher Bd. CCVIII No. 1.

Ueber die Farbstoffe der melanotischen Sarcome von J. Berdez und M. Nencki; *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie* Bd. XX S. 346.

Mit Melanin bezeichnet man die Pigmente der Iris und der Choroidea, den schwarzen Farbstoff der Haut, der Haare, der Pia mater, der Nervenzellen, der Froscheier, der Sepia u. s. w. Bisher hatte man keine bestimmten Unterschiede in der chemischen Zusammensetzung der verschiedenen Melanine festgestellt. Viele waren der Ansicht, dass die Melanine aus dem Blutfarbstoff abstammen. Cornil und Ranvier fanden jedoch Melanin in den Embryonen von Tritonen und Fröschen bevor sie Blut hatten. Auch die Sepia hat keine rothen Blutkörperchen.

In der Leiche eines 42 Jahre alten Mannes fand man viele melanotische Neoplasmen. Leber und Milz waren stark gefärbt. Sie wurden verarbeitet und aus ihnen ein Farbstoff dargestellt, den die Verfasser Phymatorhusin (*φῦμα* Geschwulst, *ρούδος* roth) nennen. Möglichst gereinigt löst er sich in Ammoniak, fixen und kohlensauren Alkalien und wird aus diesen Lösungen durch genaue Neutralisation mit Säuren wieder ausgefällt, ist im Säurenüberschuss aber theilweise wieder löslich. Auch in saurem warmem Harn ist er ein wenig löslich. Keine seiner Lösungen haben ein charakteristisches Spectrum. Das Phymatorhusin besteht aus Kohlenstoff, Wasser, Stickstoff und Schwefel, hingegen enthält es weder Eisen noch Chlor noch Phosphor. Ebenso verhält sich noch ein anderer Farbstoff, den die Verfasser Hypomelanin nannten. Er wurde aus melanotischen Geschwülsten dargestellt, die bei Pferden, namentlich häufig bei Schimmeln vorkommen. Da beide Farbstoffe Schwefel enthalten aber frei von Eisen sind, so können sie nicht aus Blutfarbstoff entstanden sein. Die Verfasser sind

der Ansicht, dass beide Farbstoffe das Produkt einer abnormen Umwandlung von Eiweiss sind. Durch vergleichende Schwefelbestimmungen stellen die Verfasser fest, dass in der Leber des Mannes, welche frisch 5,9 Kilo wog ungefähr 300 gm. Phymatorhusin enthalten waren.

E. T.

Zwei Fälle von Atropinvergiftung berichtet Dr. H. D Burns (New Orleans).

Eine 64jährige Negerin, an der eine Staaroperation vollzogen worden war, bekam wegen einer nachfolgenden Iritis aller zwei Stunden von einer starken Atropinlosung eingeträufelt (1 : 60); später stündlich.

Am fünften Tage war sie im höchsten Delirium; sie glaubte, dass auf der Strasse eine ganze Anzahl Knaben ihren Enkel mit Steinen etc. bewürfen und jammerte, als die besuchenden Aerzte (Dr. Burns und Dr. Parnham) eintraten, man möge sie doch dem Kinde zu Hülfe eilen lassen. Trotzdem war sie im Stande in energischem Tone an sie gerichtete Fragen vernünftig zu beantworten. Das einzige abnorme Symptom ausserdem war ein schneller Puls (120). Das Atropin wurde natürlich sistirt und Chloral gr. X, Bromkali gr. XXX und Morphium gr. $\frac{1}{16}$ alle zwei Stunden verordnet. Sie weigerte sich jedoch, dies zu nehmen, bestand auf ihren Hallucinationen und wurde, weil sie glaubte, die Wärterinnen wollten sie vergiften, an's Bett festgeschnallt. Eine Tasse Kaffee, ein Klystier und Morphium gr. $\frac{1}{5}$ wurde subkutan gegeben. Der Kaffee wurde bald wieder herausgegeben; es erfolgte Stuhl und nach einer Viertelstunde fiel die Patientin in tiefen Schlaf, der den nächsten Tag noch anhielt und erwachte gesund.

Ein 60jähriger Deutscher, bei dem dieselbe Ursache (Iritis nach Extraktion) Dr. Burns veranlasste, von derselben starken Lösung stündlich einträufeln und eine Belladonna-Salbe (1 : 8) täglich in die Stirn einreiben zu lassen.

Am nächsten Morgen war der Patient deliriös; der Puls war sehr schnell (120), so dass in der Nacht Digitalis und einige Milchpunsche gegeben worden waren.

Anstatt zu rasen und zu toben, wie die vorherige Patientin, war sein Delirium stiller Art. Er lag auf dem Rücken und murmelte Gebete etc. vor sich hin und machte die Bewegungen des Rosenkranz-Zählens. Eine subkutane Injektion von Morphium gr. $\frac{1}{4}$ brachte den gewünschten Schlaf herbei, aus dem der Patient erst nach 24 Stunden zu völligem Erwachen kam.

Dr. Burns macht darauf aufmerksam, dass in beiden Fällen Trockenheit im Halse als Vergiftungssymptom fehlte; Röthung des Gesichtes, die im ersten Falle natürlich nicht beobachtet werden konnte, fehlte im zweiten Falle gänzlich. Da in beiden Fällen das nicht operirte Auge bereits zerstört war, so konnten Pupillarreflexe gar nicht zur Beobachtung kommen.

Das Morphium half prompt.

New Orleans Med. & Surg. Journ. Februar 1886.

Dr. Gubb beobachtete einen Fall von Belladonnavergiftung, welche durch Verwechslung mit Ergot verursacht wurde. Die Hebamme gab in kurzer Aufeinanderfolge zwei Theelöffel Belladonna-Tinctur einer 32jährigen Kreissenden, welche zum dritten Male gebären sollte. Sie begann nach zwei Stunden zu deliriren, die Jactationen nahmen überhand und Dr. Gubb fand die Frau, als er bald

darauf hinkam, comatös am Boden vor dem Bette liegend. Ein Emeticum von Sinapis wurde gereicht, aber trotz reichlichen Erbrechens änderte sich der Zustand nicht. P. lag mit halbgeöffneten Augen, flachen rapiden Athemzügen und ohne Bewusstsein da. Reagirte nicht mehr auf heftigstes Anschreien und Schütteln.

Dabei stand der Kopf bereits am Einschneiden, so dass G. die Geburt mit der Zange beendete. Die Frau gab während der ganzen Zeit keinen Laut von sich und schlief noch mehrere Stunden ruhig weiter. Als sie erwachte, war sie erstaunt, dass Alles vorüber und beklagte sich nur über Mattigkeit, Kopfschmerz und grosse Trockenheit in Hals und Mund, welche das Sprechen erschwerte.

Das Kind war und blieb gesund. Ueber die Pupillen sind leider keine Angaben gemacht.

Phil'a. Medical Bulletin, März 1886.

Eine Arsenikvergiftung, welche mit *Ferrum dialysatum* an Stelle des *Ferrum hydratum sesquioxydatum* behandelt günstig verlief, berichtet Dr. W. C. Wile (Newtown, Conn.) Er gab einer Frau welche sehr viel Pariser Grün genommen, nach Anwendung der Magenpumpe, ein halbes Pfund des von *John Wyeth & Co.* dargestellten Ferrum dialysatum. Zur selben Zeit wandte er Stimulantien, allgemeine Friktionen und heisse Einpackungen an, so dass nach Verlauf von circa sechs Stunden eine günstige Reaction eintrat und sich statt der mit kaltem Schweiss bedeckten eine stark geröthete Haut darbot. Das Brechen hatte kurz nach Darreichung des Eisenpräparates aufgehört. Respiration und Puls wurden langsamer und kräftiger und Patientin erklärte, dass sie sich recht wohl fühle.

Das *Ferrum dialysatum* wurde noch in weiteren Esslöffeldosen stündlich verabreicht und zugleich zur Behebung des peinigenden Durstes Wasser und Glycerin gereicht.

Dr. Wile ist der Ansicht, dass die Wirkung des benutzten Präparates eine prompte und eklatante war und räth zur Anwendung des *Ferrum dialysatum* bei Arsenikvergiftungen.

New England Med. Monthly, Jan. 1886.

Apomorphin als Anästheticum.

Bergmeister und E. Ludwig untersuchten verschiedene organische Basen auf anästhetisirende Eigenschaften und fanden, dass Apomorphin diesbezüglich beinahe dem Cocain gleichkommt. Die Cornea und die Conjunctiva der Katzen konnten nach Eintropfen von 6 bis 10 Tropfen einer 2-proz. Lösung mit dem Sondenkopf betastet, mit einer Nadelspitze ohne die geringste Gegenwehr und Reflexbewegungen tüchtig gekratzt und gestochen werden. Die Anästhesie dauerte 5—10 Minuten. Dasselbe bestätigte sich auch bei Versuchen am Menschen. Es stellte sich in jedem Falle eine Pupillenerweiterung ein. Als Nachtheile werden bezeichnet: Dass das Eintropfen schmerzhaft ist; dass ein starker Speichelfluss, oft Erbrechen auftritt und dass daher dieses Mittel so lange nicht anwendbar ist, bis es dieser üblen Eigenschaften nicht beraubt werden kann. (*Centralblatt f. Therapie*, 1885.)

Wegen Stoffandrang haben wir den Schluss des Referates über *Psychiatrie und Neurologie*, sowie mehrere andere Referate für nächste Nummer zurückstellen müssen. D. Red.

Correspondenzen.

Louisville, Ky., im April 1886.

Trotzdem, dass Louisville eine grössere Anzahl Lehranstalten und Professoren der Medicin als irgend eine andere Stadt der Welt von gleicher Grösse besitzt, ist über medizinische Angelegenheiten doch nicht viel zu berichten.

Es sind etwa 240 Aerzte in der Stadt, welche eine Einwohnerschaft von 18,000 hat; also fallen jedem Arzt an 600 Bürger zu. Wenn nun der grosse Prozentsatz der Neger, welche heineswegs den Arzt zu honoriren gewohnt sind und ausserdem die gewöhnliche Zahl der Armen mit in's Auge gefasst werden, so liegt der Schluss nahe, dass der hiesige Arzt mit etwas weniger als professioneller Genugthuung zufrieden sein muss.

Louisville erfreut sich der Existenz von medizinischen Schulen, welchen insgesammt mehr als 60 Professoren angehören. Die jährliche Leistung dieser Institute an neu promovirten Aerzten ist durchschnittlich 250; jedoch scheint in letzter Zeit diese Anzahl thatsächlich abzunehmen.

Nur ein öffentliches Hospital für Arme existirt dagegen hier, dessen geringes Material von den Lehrern zur Klinik benutzt werden kann. Nebst diesem gibt es eine Anzahl Sekten-Krankenhäuser, woselbst der grössere Theil der aus der Umgegend hierher kommender Privatpatienten behandelt wird.

Das *U. S. Marine Hospital*, welches unter Aufsicht des Dr. Ino Godfrey steht ist vorzüglich geleitet, jedoch sind dessen Kranke leider nicht zu klinischen Zwecken disponibel.

Medizinische Gesellschaften existiren hier zwei: Die *Louisville Medical Society* einerseits und die *Medico-Chirurgical Society* andererseits; die Mitgliederzahl der letzteren beschränkt sich auf 25 und ihre Versammlungen finden nur in den Wohnorten der Mitglieder statt. Selten ist es, dass der Besuch dieser Gesellschaften grösser als 20 ist.

In letzterer Zeit hat die Stadt Louisville, welche früher bekanntlich von allen Arten miasmatischer Krankheiten heimgesucht wurde, sich viel gebessert und darf jetzt als eine der gesündesten Städte der Welt gelten. Früher von Sümpfen umgeben, besitzt sie jetzt ein Drainagesystem welches sich mit den besten messen darf und welches zur Folge hat, dass eine, die Stadt umgebende und früher sumpfige Niederung die sich über 10 Meilen südlich erstreckt, vollständig verändert ist. Nebst dem ist die Stadt mit breiten Strassen und zahlreichen Bäumen versehen, die auch dazu beitragen, den allgemeinen Gesundheitszustand zu erhalten und zu befördern.

Die Sterblichkeit Louisville's wird für vergangenen Monat vom Gesundheitsrath folgendermasen angegeben; 190 Weisse und 79 Schwarze, zusammen 269. 52 starben an Schwindsucht und 28 an Lungenentzündung.

Dr. D, T. Smith.

Philadelphia, im April 1886.

Seit meiner letzten Correspondenz hat sich nichts von besonderer Bedeutung in medizinischen Kreisen dahier zugetragen.

Als die hiesige *County Medical Society* ihre letzte Geschäftssitzung abhielt, glaubte man erst, dass die in der Wahlangelegenheit in der Minorität gebliebene Partei die Wahl anzufechten oder ungültig zu erklären versuchen würde. Trotz aller Aufrufe und Aufreizungen seitens der Minorität in dieser Hinsicht waren in der sehr gutbesuchten Versammlung jedoch so viele Mitglieder anwesend, welche mit der Majorität gestimmt hatten, dass gar kein Versuch in der angedeuteten Richtung gemacht wurde. Es ist dadurch abermals zur Evidenz erwiesen worden, dass die meisten Mitglieder unserer *County Society* abgeneigt sind, die Handlungsweise der *American Medical Association* in New Orleans gutzuheissen.

Trotzdem soll von jenen Herren das *Judicial Council* der *A. M. A.* in St. Louis aufgefordert werden, diese unsere neuerwählte Delegation zurückzuweisen und die sogenannte "reguläre", welche nur den fünften Theil aller abgegebenen Stimmen erhielt, dafür anzuerkennen. Das würde allerdings für die Minorität ein Triumph sein, wäre aber kaum gerecht gegen die *County Society* gehandelt.

Das hiesige *College of Physicians* wird bald seinen neuen Aufbau vollenden. Manchem Ihrer Leser mag vielleicht nicht bekannt sein, dass diese Anstalt keine medizinische Schule, sondern ein *College* im früheren Sinne des Wortes ist, d. h. eine Fach-Gesellschaft und zwar die älteste dieser Art im Lande. Auch besitzt dieselbe die beste medizinische Bibliothek nächst der des *Surgeon-General* in Washington. Ferner eine der reichhaltigsten Sammlungen, nach dem Gründer, dem verstorbenen Professor Mütter, das Mütter-Museum genannt. Zur Aufnahme desselben ist das neu aufgebaute dritte Stockwerk (103 x 40, 53 im Geviert & 40 hoch) bestimmt. Dasselbe ist nach den neuesten und besten Plänen mit Oberlicht, eisernen

Gallerien &c. errichtet worden und durchaus feuerfest. Es ist jedenfalls eins der besten, wenn nicht das besteingerichtete Museum in den Vereinigten Staaten. Der Eintritt ist nicht blos Mitgliedern, sondern allen Medizinern gestattet.

Die *County Society* hat sich seit einiger Zeit die gerichtliche Verfolgung aller irregulären Aerzte zur Aufgabe gemacht und sind, laut Beschluss, die Eintrittsgelder aller neuen Mitglieder zur Deckung der daraus erwachsenden Kosten bestimmt.

Sie wissen recht gut, dass dies in den grossen Städten unseres Landes keine leichte Arbeit ist; trotzdem geht das gute Werk rüstig vorwärts und einige kürzlich erfolgte Verurtheilungen solcher Wichte sind so manchen Anderen eine heilsame Lehre gewesen.

Unsere städtische Wasserversorgung war in letzter Zeit an der Tagesordnung und ein Spezial-Comité der *County Society* conferirte mit einem Bürger-Comité über diese Frage. Dr. Charles H. Thomas hatte nämlich vorgeschlagen, eine Leitung, welche ursprünglich als Abzugskanal hätte dienen sollen zur Wasserleitung zu benutzen, um das Wasser des Schuylkillflusses oberhalb der Stadt herleiten zu können. Die Diskussion ergab, dass das Wasser unserer städtischen Wasserleitung durchaus allen Anforderungen entspricht. Die Mortalität ist bei uns geringer, als in irgend einer Grossstadt der Welt, London ausgenommen. Aus den Berichten des Gesundheitsrathes*) ist nicht ersichtlich, dass das Wasser ungesund wäre. Die Hauptklage ist die, dass es häufig trübe ist, weil die Reservoirs nicht genügend gross sind, um das Absetzen der schlammigen Bestandtheile nach reichlichem Regen zu gestatten.

Jedenfalls wird das erwähnte Comité im Verein mit den städtischen Behörden in allernächster Zeit einen Bericht abstatten, welchem werthvolle und zeitraubende Untersuchungen zu Grunde liegen und der sicherlich den richtigen Weg angeben wird, um diese hochwichtige Frage in geeigneter Weise zu lösen.

Dr. Charles Dulles.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Sitzung vom 3. Mai 1886.

Vorsitzender: Dr. C. Heitzmann.
Secretär: Dr. J. Schmitt.

Nach einer Executivsitzung, in der drei Candidaten aufgenommen wurden, erhielt

Dr. A. Seibert das Wort zu einem Vortrage über:

Gastritis gravis acuta im frühen Kindesalter.*)

Vortragender erläutert drei Formen dieser Erkrankung durch exakt beobachtete Fälle (bei Kindern von Aerzten). Diese Formen können mit Intermittens, Abdominaltyphus und Meningitis diagnostisch verwechselt werden.

Der Vortrag wurde durch Vorzeigen von Tafeln mit den Temperaturkurven der Fälle erläutert.

In Bezug auf die Behandlung der *Gastritis gravis acuta* erwähnt S. als hauptsächlichsten Punkt die totale Nahrungsabstinenz und zwar bei Kindern unter einem Jahr auf 12 18 Stunden. Chinin habe keine Einwirkung auf diesen Fieberzustand, wie denn überhaupt Chinin nach des Vortragenden Ansicht bei Kindern in Pneumonie, Typhus etc. fast wirkungslos sei. Die betreffenden auf den Magen einwirkenden Noxen müssten entfernt gehalten werden, dann sei der Erfolg gesichert.

*) Dieselben werden in nächster Nummer erscheinen.

*) Wird *in extenso* im *Jahrbuch für Kinderheilkunde* publizirt werden und werden wir denselben danach zum Abdruck bringen.

Diskussion:

Dr. A. Jacobi möchte die Besprechung des eigentlichen Thema's für später lassen und vorerst nur auf die vom Vortragenden erwähnte frühe Verknöcherung der Schädelnähte in dem letzten Falle hinweisen. Er hat sich vor etwa dreissig Jahren (1858) eingehend mit dieser Frage beschäftigt und seine Beobachtungen von damals und später haben ihn gelehrt, diesen Zustand der prämaturen Ossifikation als einen solchen zu betrachten, welcher eine fortwährende Gefahr für das betreffende Individuum setzt. Die offenen Fontanellen sind für die Regulirung des intracraniellen Druckes beim Säuglinge fast unentbehrlich. Fehlen sie, so wird eine Hyperämie der grösseren Stämme, wie sie namentlich durch Fieberzustände (aus irgendwelchen Gründen) zu Stande kommen muss, eine Congestion der mehr oberflächlich gelegenen Partien des Gehirns verursachen, während die den Hirnhöhlen anliegenden Theile anämisch werden müssen.

Dr. L. Conrad meint, dass ihm die Diagnose auf Typhus, wenigstens in dem zweiten Falle, doch nicht so ganz unwahrscheinlich sei. Trotz des Fehlens der nachweislichen Milzdämpfung, des Fehlens der Roseola, des Fehlens der charakteristischen Remissionen und Exacerbationen des Fiebers müsse man wegen des langdauernden Krankheitsprocesses an einen Typhus denken. Die sorgfältig durchgeführte Aufzeichnung der Fieberkurven und der Nachweis, dass auf eine erneute Einwirkung der als Schädlichkeit anzusprechenden Ursache (Nahrungsaufnahme) das Fieber sofort wieder auf eine so bedeutende Höhe gestiegen sei, müsse uns schliesslich doch überzeugen, dass es eine *Gastritis gravis* war.

Was die zu frühe Verknöcherung der Schädelknochen anbelange, so könne er seinem Vorredner (Dr. Jacobi) nur beipflichten, er habe die gleiche Beobachtung an mehreren eklatanten Fällen machen können.

Im dritten Falle erlaube er sich den Herrn Vortragenden zu fragen, ob eine Endokarditis sicher ausgeschlossen war. Eine Endokarditis und namentlich eine *Endocarditis ulcerosa* würde die Schüttelfröste, die Milzschwellung (Metastasen) sehr einfach erklärt haben.

Dr. Seibert erwidert, dass das Herz mehrfach untersucht wurde und niemals eine Endokarditis eruirt werden konnte.

Dr. Jacobi weist nochmals darauf hin, dass diese Zustände, wie namentlich Bouchut auf Grund des von ihm (Jacobi) gesammelten Materiales weiter ausgeführt, eine fortwährend drohende Gefahr bilden. Ja, man könne sagen, dass solchen Kindern besser wäre, wenn sie früher stürben, ehe noch alle Folgen: mangelhafter Intellekt, Idiotismus etc., dieser Anomalie vollentwickelt seien.

Dr. Caillé findet den Vortrag sehr zeitgemäss, da er ein hochwichtiges Thema der Pädiatrik in eingehender Weise behandele. Er glaube, dass man Typhus als Diagnose völlig ausschliessen könne. Akute gastrische Störungen bei Kindern müssen dem Arzte von Interesse sein, da die Differentialdiagnose gelegentlich recht schwierig sei. Eine gute Abhandlung über den Gegenstand finde sich u. A. in dem Werke von Eustace Smith: Ueber Kinderkrankheiten — worin die Differentialdiagnose zwischen akutem Gastricismus, akuter Gastritis und Typhoid, Meningitis und akuter Tuberkulose besprochen wird.

Fälle wie der zweite von Dr. Seibert mitgetheilte seien nicht selten, werden aber selten so gut beobachtet. Die öfters angeführte recht hohe

Temperatur (105° und 106° F.) wird bei Typhoid der Kinder weniger häufig beobachtet.

Der Sektionsbefund im dritten Falle erinnert an die sogenannte Ventrikuläre Meningitis.

Dr. Seibert antwortet, dass der Erguss in die Ventrikel ein mässiger gewesen sei.

Dr. Scharlau erinnert an die Thatsache, dass man häufig Kinder zu sehen bekomme, welche plötzlich mit hohen Temperaturen erkrankt sind, ohne dass sich irgendwelche Organerkrankungen nachweisen lassen. Innerhalb 12 Stunden sei Alles vorüber, nachdem gehörige Ausleerungen erfolgt seien. Dass Kinder von in Qualität oder Quantität unrichtigen Ingestis Fieber, ja sogar Convulsionen bekommen, sei ja eine bekannte Erfahrung.

Dr. P. H. Kretzschmar möchte im Anschlusse an die Bemerkungen des Redners über die Darreichung des Chinin's bei Kindern konstatiren, dass er in der Kinderpraxis der internen Medikation diejenige durch Inunktion von Oleaten, welchen das betreffende Agens einverleibt ist, durchaus vorziehe. Schon seit Jahren lässt er Chinin-, Morphium- u, dergl. Heilmittel nie *per os* oder *per rectum* reichen, sondern wendet die betr. Oleate an. Er möchte desfallsige Versuche auf das Wärmste empfehlen.

Dr. Daniel Cook berichtet einen Fall eines 11-monatlichen Kindes, welches er am 4. April zuerst sah.

Das Kind hatte noch keinen einzigen Zahn, die Fontanellen waren noch weit offen. Obgleich die Temperatur 103½° betrug, war doch bei Untersuchung der Brustorgane nichts Abnormes zu finden. Auf Antipyrin ging die Temperatur zwar herab, doch war dies nicht bleibend ; wenn das Mittel konsequent gegeben wurde, war kein Fieber vorhanden, sowie aber ausgesetzt wurde, ging die Temperatur sofort hinauf auf ca. 104°. Wenigstens schrieb er dieser Ursache das Steigen und Fallen der Temperatur zu, da keine regelmässige Periodizität in den Anfällen zu sein schien.

Seine Besuche machte er gewöhnlich Nachmittags. Da also das Antipyrin keine dauernde Wirkung hatte, so gab er Chinin in häufigen kleinen Dosen. In 12 Stunden erhielt das Kind, in Anbetracht dessen, dass es einige Male brach, etwa 12 Gran ; aber die Temperatur stieg während dieser Zeit auf 106°. Einige kühle Bäder reduzirten die Temperatur.

Während dieser ganzen Zeit war das Kind etwas verstopft gewesen, hatte Flatulenz und gelegentliches Erbrechen gehabt. Jede Temperaturerhöhung machte den Ausbruch von Konvulsionen sehr wahrscheinlich. Das Kind schrie sehr viel und schien durchaus nicht so angegriffen, wie wenn Typhus vorhanden wäre. Es zeigte sich, dass das Kind sich bedeutend besserte, sobald es Gerstenschleim anstatt der Brust bekam und da die Muttermilch so wie so nicht viel taugen konnte, (11 Monate und keinen Zahn), so wurde das Kind nun ganz entwöhnt. In diesem Entschlusse wurde er bestärkt durch die Mittheilung einer intelligenten Nachbarin der Familie, welche ihm sagte : "Doktor, jedes Mal wenn das Kind die Brust bekommt, wird es kränker und das ist Alles, was dem fehlt!"

Das Kind erhielt nun *Borden's Condensed Milk* und keine Medizin mehr. Das Fieber schwand, ein Soor, der sich zuletzt entwickelt hatte, ebenfalls und das Kind genas.

Nach reiflicher Ueberlegung müsse er diesen Fall in der Weise auf-

fassen, dass das Kind nicht geschenkt wurde, wenn es sehr krank war und sich desshalb besserte; nach dem Schenken erkrankte es von Neuem. Das beste Antipyreticum wäre also hier gewesen, etwas Gummiwasser anstatt der Muttermilch zu geben.

Dr. Seibert betont in seinem Schlussworte, dass es sich ganz unzweifelhaft nicht um Typhus gehandelt habe, wie der ganze Verlauf und auch die Wirkung der eingeschlagenen Behandlung wohl zur Genüge beweisen.

Hierauf erhielt Dr. Landesberg das Wort zu seinem Vortrage:

Zur Kenntniss des Glaucoms.

(In dieser Nummer der N. Y. Medizinischen Presse (S. 255) veröffentlicht.)

Diskussion.

Dr. Gruening bemerkt, dass er ähnliche Fälle, wie sie der Vortragende citirt, nicht beobachtet und dass er auch in der Literatnr solche Fälle nicht erwähnt gefunden. In Betreff der Behandlung des anderen Auges beim einseitigen Glaucom verfährt er nach der Empfehlung Arlt's, indem er vor der Operation des kranken Auges einen Tropfen Eserin in's gesunde Auge einträufelt. Er hat auf solche Weise niemals das Eintreten eines acuten Glaucom's am gesunden Auge nach der Iridektomie am kranken beobachtet.

Dr. Mittendorf hat ebenfalls ähnliche Fälle, wie der Redner sie beschrieben, nicht beobachtet. Er macht jedoch auf die Reizzustände aufmerksam, welche in Folge eines *Glaucoma absolutum* am andern (gesunden) Auge auftreten können und durch eine Enukleation des primär erkrankten Auges zum Verschwinden gebracht werden. Er frägt den Vortragenden, wie er sich das Zustandekommen der *Restitutio ad integrum* des anderen. im Prodromalstadium des Glaucom's befindlichen Auges nach einer erfolgreichen Iridektomie am glaucomatösen Auge erklärt.

Dr. Landsberg bemerkt zum Schlusse, dass das Einträufeln von Eserin in's gesunde Auge allgemein angewendet werde und dass wohl kein Augenarzt dies unterlassen würde. Doch verhindere Eserin nicht immer den Ausbruch eines acuten Glaucom's am betreffenden Auge.

Die am anderen Auge auftretenden Reizzustände bei *Glaucoma absolutum* des einen seien sympathischer Natur und können nach Enukleation des erblindeten Auges zurückgehen, wie sie zurückgehen können nach der Enukleation irgend eines anderweitig erkrankten Auges, welches sympathische Reizzustände verursacht habe. Dieser Zustand habe aber nichts zu thun mit den Fällen, welche Redner soeben berichtet. In diesen waren es Prodromalsymptome des Glaucom's, die auf erfolgreiche Iridektomie am andern Auge spontan zurückgingen. Redner enthalte sich jedweder Hypothesen über seine Beobachtung und begnüge sich mit der Veröffentlichung der blossen Thatsache.

Chlorine Seife ist eines der vielen Erzeugnisse, wie sie von unternehmenden Fabrikanten, die dem antiseptischen Zuge der Zeit zu folgen wissen, mit besonderer Rücksicht auf dieses unerlässliche Erforderniss modernster Chirurgie dargestellt werden. Die Zusammensetzung derselben (Aetznatron, Sublimat und reinster Talg) bürgen dafür, dass die **Chlorine Seife** zur Reinigung chirurgischer, gynaekologischer, geburtshülflicher etc. Instrumente und zum Händewaschen vor und nach Operationen, Behandlung infektiöser Krankheiten etc. ausserordentlich geeignet, ja unentbehrlich ist.

Vom 15. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,

abgehalten in Berlin vom 7. bis 10. April 1886.

Der zweite Vorsitzende, Dr. von Volkmann eröffnete die Verhandlungen.

Es wurde dem seines Augenleidens halber nicht anwesenden ersten Vorsitzenden Dr. von Langenbeck der Dank der Gesellschaft durch Erheben von den Sitzen ausgedrückt und dann zur Wahl geschritten. Dieselbe ergab folgendes Resultat:

Ehrenpräsident..... von Langenbeck,
1. Vorsitzender,..... von Volkmann,
2. „ ..... von Bergmann,
3. „ ..... Thirsch,
Schriftführer,..... Gurlt,
Kassenführer,..... Küster.

Hierauf erhält
Herr Kraske (Freiburg i. B.) das Wort zu seinem Vortrage über:

Aetiologie & Pathogenese der acuten Osteomyelitis.

K. glaubt nicht, dass die Spezifität des von Rosenbach, Becker u. A. bei der O. a. nachgewiesenen Mikrokokkus festgestellt sei. Denn einerseits kommen bei O. a. noch andere Mikroorganismen (Streptokokken und Bacillen) vor und andererseits findet sich der *Staphylococcus pyogenus aureus* auch bei anderen pathologischen Zuständen (Karbunkel etc.) K. ist der Ansicht, dass jeder Mikroorganismus, dem wir pyogene Eigenschaften zuschreiben, die O. a. hervorrufen kann.

Die Knochenmarkserkrankung, welche eine komplizirte Fraktur eines Röhrenknochens begleitet ist doch verschieden von einer spontanen O. a.; bei der einen handelt es sich um Markeiterung, welche mehr oder weniger in die Markhöhle hineingreift und zu Sequestern oder zur Nekrose der Amputationsstümpfe führt, bei der andern um disseminirte für die O. typische Heerde, die niemals bei traumatischer, eitriger O. auftreten.

Wichtiger ist jedoch in klinischer Beziehung die Frage, wie dringt der Virus in den Körper ein. Sehr häufig findet man, dass die äussere Bedeckung entzündet ist und glaubt K. desshalb, dass dies manchmal der Weg ist, durch welchen die Aufnahme stattfindet Um dies zu erläutern berichtet K, den Fall eines 14-jährigen Menschen, welcher mit einem Furunkel der Lippe in's Hospital kam und später Abscesse am linken Hand- und Fussrücken und Knöchel bekam. Er ging an Perikarditis zu Grunde und wurde die aus den charakteristischen Fetthaufen und Mikrokokken im Eiter gestellte Diagnose der O. a. durch die Section bestätigt. K. nimmt an, dass die Verbreitung des Giftes von dem primären Heerde (an der Lippe) ausgegangen sei; Volkmann glaube jedoch an eine gleichzeitige Ablagerung des Giftes. Dann kann man aber auch die multiplen Heerde in den Weichtheilen etc. als koordinirt ansehen.

Oft ist der primäre Entzündungsherd nicht wahrnehmbar; doch muss man auf die äusseren Bedeckungen achten und bedenken, dass die Infektion nicht an der Eintrittsstelle, sondern an den nächstgelegenen Lymphdrüsen zur Geltung kommt. Auch werden die pyogenen Organismen nicht immer gleich nach der Aufnahme in Wirksamkeit treten, sondern sie mögen ruhen und werden erst später weiter geschleppt,

In dieser Beziehung ist das Vorkommen des *Staphylococcus aureus* in entzündeten Tonsillen von Wichtigkeit. Werden solche Pröpfe verschluckt, so mag der Virus durch das Blut aufgenommen und weiter geführt werden, ähnlich wie dies Koch für Milzbrand und Tuberculose nachgewiesen zu haben glaubt. Doch ist K. der Ansicht, dass der einwurfsfreie Nachweis dafür noch nicht geführt worden ist, obgleich Kocher glaubt, dass das Gift der O. a. meist durch den Darm aufgenommen wird. K. hält die Ansicht Luecke's, für plausibel, dass vorher bestehende Lungenkatarrhe darauf deuten, dass die Infection von der Lunge ausgehe.

Ein dreijähriger Knabe mit vielen O. Abscessen, in denen die verschiedenartigsten Mikroorganismen gefunden wurden, hatte schon vorher eine Lungenaffection gehabt. Erschwerte Athmung und Fieber führten schliesslich zum Tode.

Die Sektion ergab folgendes:

Die ganze linke Lunge infiltrirt; am oberen Lappen Hepatisation, die ungefähr der Zeit entsprach, die seit Beginn der osteomyelitischen Erkrankung verflossen sein musste. Aus diesem Lungentheile, so wie aus den Bronchialdrüsen liess sich der Staphylococcus aureus kultiviren!

Ein dunkler Punkt sei das Zustandekommen der O. a. immerhin. Es müssten günstige Bedingungen da sein; die Mikroorganismen müssten nicht bloss in grosser Menge in die Blutbahn eindringen, sondern vor der Wirkung des kreisenden Blutes durch Thrombenstücke geschützt sein und dann wissen wir immer noch nicht, warum die Ablagerung dieser Gebilde gerade im Knochen stattfindet.

Die häufig beobachteten Rezidive führt K. mit anderen zurück auf das Wiederaufleben liegengebliebener Keime oder aber auf eine neue Infection. Kocher dagegen behauptet, dass die einmalige Ueberstehung der O. a. Veränderungen im Knochenmarke schafft, die bei einer zweiten Infection das Haftenbleiben des Virus begünstigen. Ebenso könne durch das Ueberstehen anderer Infectionskrankheiten Veränderungen im Knochenmarke hervorgerufen werden, welche dem osteomyelitischen Gifte später seine Wirksamkeit erleichtern.

Diskussion:

Herr Roser, sen., (Marburg) hält es nicht für erwiesen, dass Karbunkel und O. a. demselben Gifte zugeschrieben werden müssen. Während der grossen Furunkelepidemie in England (1854), welche er an Ort und Stelle beobachtete, sei ihm von gleichzeitigem Auftreten der O. a. nichts bekannt geworden.

Herr Mikulicz (Wien) erinnert daran, dass Staphylococcen, wie alle Pilze auch in aseptische Wanden eindringen, sogar bei completer Primaheilung — freilich selten. Es ist nicht mit Nothwendigkeit später Eiterung zu erwarten, wenn im ersten Sekrete Pilze sich vorfanden.

Herr B. Frænkel (Berlin) hat die beiden Arten des Rosenbach'schen Staphylococcus in dem Angina-Secret, wie überhaupt im normalen Pharynx gefunden.

Zur Drainage von Beckenabscessen mittelst Trepanation des Darmbeins.

Herr Rinne (Greifswald) hat in zwei Fällen, angeregt durch Fischer (Hannover), dies Verfahren angewendet. Leichter Abfluss und bequeme Zugänglichkeit zur Wunde sind die grossen Vortheile des Verfahrens,

welches in beiden Fällen zur Heilung führte. R. führt den Schnitt durch die Weichtheile etwa 3 Cm. oberhalb der *Trochanter major* und meisselt dort durch die Darmbeinschaufel.

I. Coxitischer Abscess, seit 12 Jahren bestehend. Fistel an der *Spina anterior superior*. Drainage und Auskratzung vergeblich. Trepanation und zugleich Herausmeiselung der kariösen Partien des Darmbeines. Heilung in 3 Monaten. Kein Rezidiv.

II. Alter osteomyelitischer Abscess der Darmbeinschaufel, seit 9 Jahren bestehend. Trepanation und Heilung nach 9 Wochen.

Die Vortheile der Operation sind:

Geringe Gefahr, wenn antiseptisch geführt, äusserst einfache Technik.

Zur Aetiologie des Wundstarrkrampfes beim Menschen.

Herr Rosenbach (Göttingen) erwähnt die veaschiedenen, als vermuthliche Ursachen des Tetanus angenommenen Zustände; doch sind bis jetzt nur als den Ausbruch begünstigend gewisse chemische und thermische Reize anzusehen. Anatomisch-pathologische Untersuchungen haben inconstante und negative Resultate ergeben.

Nur Carley und Rottoney waren, weil sie Kaninchen anstatt Hunde zu Versuchen verwendeten, im Stande bei zwölfen dieser Thiere Tetanus entstehen zu sehen, und diese Krankheit von einem auf das andere Thier zu überimpfen. Die primäre menschliche Pustel war reich an Mikroorganismen.

Fluegge. (Göttingen) fand, dass nach Impfung von Kaninchen, Meerschweinchen und Mäusen eine Krankheit entsteht, die er durchaus als Tetanus ansprechen musste.

Redner berichtet seine Versuche, welche er durch Verimpfung von einem auf der Göttinger Klinik am Tetanus verstorbenen Manne entnommenen Eiter auf Meerschweinchen angestellt hat. Er übertrug so lange von einem Thier auf's andere bis er wirksame Kulturen hatte. Die zuletzt geimpften Thiere starben an einem von der Impfstelle aus sich über Rumpf und Extremitäten verbreitenden Tetanus nach 24 Stunden. Bei Kaninchen stellten sich sehr starke klonische Krämpfe ein und beträgt die Inkubationszeit 24—36 Stunden.

Verschiedentliche Kulturversuche ergaben, dass einfache, in sehr starkem Blutserum gezüchtete Kulturen, bis zur 4. Generation übertragen, stets sehr wirksam blieben, so dass unzweifelhaft der Tetanus durch einen bestimmten Mikroorganismus bedingt wird. Die Impfstelle zeigt nichts besonderes.

Erhitzt man die Kulturen bis zu einem gewissen Grade, so sterben alle Mikroorganismen nur nicht die Sporen ab und die Kulturen bleiben wirksam. Daraus folgt, dass das Tetanusmikrobion ein Bacillus sein muss; doch müssen sie einen gewissen Entwicklungsgrad erreicht haben (wie feine Stecknadeln aussehend) um die schwersten tetanischen Erscheinungen hervorzurufen. Ausserdem glaubt Redner annehmen zu dürfen, dass die betr. Mikroben eine stetige Quelle für die Bildung eines dem Strychnin ähnlich wirkenden Giftes im Organismus sind, so dass damit zunächst die Nachbarschaft und bald der ganze Körper mit demselben versorgt wird. Daher die von der Impfstelle ausgehend sich über das ganze Thier verbreitenden klonischen Krämpfe.

Disskussion:

Herr Koenig (Göttingen) hat die Versuche mit Verimpfung von Erde von Nicolaier verfolgt und ist überzeugt, dass die von demselben ge-

impften Thiere wirklich Tetanus hatten. Er macht darauf aufmerksam, dass der Beginn der tetanischen Starre in verschiedenen Thierarten ein verschiedener ist, wie er denn auch bei Menschen mit Bauchstarre, Extremitäten- oder Nackenstarre etc. beginnen kann.

Herr Socin (Basel) hat ebenfalls durch Verimpfung gewöhnlicher Gartenerde Tetanus bei Mäusen erzeugt.

Herr Ebermann (St. Petersburg) will untersucht wissen, ob nicht gewisse Ptomaine Strychninwirkung haben.

Herr Zabludowsky (Berlin) berichtet den Fall einer Frau, die auf der Gerhard'schen Hospitalabtheilung durch Magenausspülung vom Tetanus geheilt wurde.

Ueber Transfusion und Infusion.

Herr Landerer (Leipzig) ist der Ansicht, dass die Kochsalzlösung-Infusion nur dann einen zweiten tödtlichen Kollaps verhüten kann, wenn der Blutverlust nicht mehr als 4½ Prozent des Körpergewichtes beträgt, da es sich nicht blos um die Verhütung der mechanisch zu Stande kommenden Herzlähmung handele.

Er schlägt desshalb Kombination von Bluttransfussion mit Kochsalzinfusion vor, wie sie von Thiersch bereits mit günstigem Erfolge geübt wurde. Ein Fall von schwerer Nitrobenzol-Vergiftung erhielt 1000 ccm einer Mischung von 1 Th. defibrinirtem Blute mit 4 Th. Kochsalzlösung eingespritzt und genas. Es werden einerseits die mechanischen Erfordernisse erfüllt (Ausfüllung der Gefässlumina) und andererseits hat der Organismus Zeit, das Fibrinferment des Blutes unschädlich zu machen.

Noch vortheilhafter ist der Zusatz von 3 Prozent Rohrzucker zu der üblichen Kochsalzlösung; Thiere die mehrere Male bis auf ein Siebentel ihrer Blutmenge verblutet worden waren, erholten sich in verhältnissmässig kurzer Zeit vollständig. Auch an Menschen wandte L. diese Mischung mit Erfolg an. Er infundirte 400 ccm nach einer schweren Blutung. Der Zucker wirkt vermuthlich in der Weise, dass er den Geweben des Körpers ihre Säfte in grossen Mengen entzieht und dem Blute zuführt. Zugleich wirkt der Zucker dadurch erhöhend auf den Blutdruck (120 auf 180 der Quecksilbersäule) und als direktes Nährmittel. Nicht blos bei Chloroform-, Chloral-, Nitrobenzol- und Kohlenoxydgasvergiftungen, sondern auch bei chronischen Anämien empfiehlt sich die Anwendung der Rohrzucker-Kochsalzlösung.

Heilung der Harnblasenektopie durch direkte Vereinigung der Spaltränder.

Herr Trendelenburg (Bonn) erklärt die direkte Vereinigung anstatt der Deckung des Defektes durch Lappen für rationeller. Die Blase besteht dann vollständig aus Schleimhaut und nur so kann der Sphinkterapparat zur Wirksamkeit gelangen. Doch wenn die Beckenwand auch gespalten ist und die Symphysenstümpfe 6—12 cm auseinander stehen, ist Vereinigung nicht zu erhoffen. Im Allgemeinen jedoch nützt die noch so ausgiebige Verlängerung des Schnittes auf den Damm und entsprechende Lockerung der Gewebe nichts: Die Spannung ist zu gross und der Urin hindert die Verheilung der Wundränder.

Daher wendete T. mit schönem Erfolge einen Kompressions-Apparat an, der nach Trennung der Darmbeinschaufeln vom *Os sacrum* angelegt wird und das ganze Skelett aneinanderbringt.

Zu dem Zwecke wird — am besten im Alter von 2 bis 4 Jahren — das Kind auf den Bauch gelegt, der linke Zeigefinger vom Rektum aus

in die *Incisura ischiadica* eingebracht und dann die Längsincision gemacht. Zur selben Zeit presst ein Assistent mit einem kräftigen Rucke auf die eine Beckenhälfte und sprengt sie ab. Ist dasselbe auf der andern Seite geschehen, so wird sofort der Kompressionsverband angelegt. In dem von T. vorgestellten Falle blieb der operirte Knabe zwischen 4 und 5 Wochen in dem Verbande liegen und war die Synchondrose so fest, dass nur noch ein Klaffen von etwa 2 cm stattfand. Der Spalt selbst wird dann durch eine zweite Operation (Anfrischung der Ränder, Silberdraht und Drainrohr) geschlossen. Im vorgestellten Falle waren 6—7 kleine Nachoperationen nöthig und nur zwei minimale Fisteln an Blase und Penis noch zu schliessen übrig. Die Kontinenz erwartet T. durch die Verengerung des Infundibulum's zu erzielen.

Der Apparat selbst besteht aus einem Polster mit einem dicken Gurt, so dass der Patient fest bandagirt werden kann ; an diesen werden 15 bis 18 Pfund, welche bei entsprechender Polsterung einen gleichmässigen Druck ausüben und gut vertragen werden, angehängt.

Diskussion:

Herr Thierch (Leipzig) hält die Methode für einen wesentlichen Fortschritt, glaubt aber, dass wegen des Blasenwand-Defektes nicht immer Continenz zu erzielen sein werde.

Herr Sonnenburg (Berlin) weist auf die Resistenz des Beckens bei älteren und auf die Gefahr der Beckenverengerung bei weiblichen Individuen hin. Er stellt einen Fall vor, dem er vor einigen Jahren wegen Prolaps der hinteren Blasenwand die defekte Blase exstirpirt und die Ureteren in den Grund des trichterförmigen Defektes so einheilen liess, dass durch einen passenden Apparat der Urin vollständig aufgefangen wird.

Herr Hirchberg (Frankfurt a. M.) ist der Ansicht, dass der Schluss des Defektes das Erste sein müsste und bezweifelt nur, dass die Ausübung eines gleichmässigen Druckes durch längere Zeit hindurch ausführbar sei.

Herr Trendelenburg erwähnt zum Schlusse seines ersten Falles dieser Art, der an Pyelitis zu Grunde ging. Die Blase zeigte bei der Sektion eine völlig glatte Muskulatur.

Extraktion eines grossen Steines aus dem Nierenbecken mittelst des Simon'schen Lumbalschnittes.

Herr Lauenstein (Hamburg) stellt nach einer kurzen Geschichte der Operation zur Entfernung von Nierensteinen einen Fall vor, welcher vom 2. bis zum 27. Lebensjahre an Beschwerden beim Uriniren gelitten hatte. Nach einer im 19. Jahre acquirirten Gonorrhöe musste er sich jahrelang katheterisiren und im 24. Jahre wurde nach heftigen Rückenschmerzen ein Stein in der Blase diagnostizirt und extrahirt. Vom Jahre 1883 an schmerzhafter Tenesmus, eitriger Urin, Frost und Fieber etc., Schmerz in der linken Nierengegend. Urin : alkalisch, übelriechend, mit Eiterkörperchen und Triplephosphaten ; 30 Prozent Eiweiss und Cylinder. Sonst gesund. Wahrsheinlichkeitsdiagnose : Nierensteine.

Operation am 30. Januar 1886 nach Simon. Nach Durchtrennung des Fettes Stein im Nierenbecken zu fühlen. Da die Fixation der Niere durch einen Assistenten trotz Hülfsschnittes nicht gelang, zog L. einen dicken Seidenfaden quer durch die Niere und schälte dann den Stein aus dem Nierenbecken, das derselbe vollständig ausfüllte, heraus.

Der Stein, welcher zwischen 25—30 Gramm wog, zerbrach dabei in drei Stücke. Drainage bis Ende Februar. Nach zwei Tagen schon entleerte sich aber der Urin auf natürlichem Wege. L. betont, dass die Drainage der Sutur des Nierenbeckens unbedingt vorzuziehen sei. Er räth zur rechtzeitigen Operation von Nierensteinen, da viele Patienten zweifellos gerettet werden können, die bei interner Medikation allein zu Grunde gehen.

Diskussion:

Herr E. Küster berichtet einen Fall (20jährige Frau) von Hydronephrose, bei dem er einen kaum erbsengrossen Stein im Nierenbecken fand und extrahirte. Dass derselbe trotzdem den Abfluss gehindert, bewies die schnelle Heilung.

Herr J. Israel führt einen Fall an, welcher die Tendenz der Nierenbeckenfisteln spontan zu heilen, illustrirt. Der Patientin (50jährige Frau) waren wiederholt perinephritische Abscesse geöffnet worden, ohne Linderung der Schmerzen zu schaffen. I. operirte, öffnete das Nierenbecken, doch lag der Stein ausserhalb desselben. Offenbar hatte der Stein die Wandung desselben durchbrochen und dieses sich wieder geschlossen. Heilung.

(Schluss in nächster Nummer.)

Kleinere Mittheilungen.

Fall von Ovarien-Cyste; bedeutende Besserung nach Chinin-Gebrauch.

Richmond, Va., 28. April 1886.

An den Redakteur der N. Y. Med. Presse:

Frau S., aus Russland stammend, seit 2 Jahren in den Vereinigten Staaten, 30 Jahre alt und hat 3 Kinder. Das jüngste ist 5 Jahre alt; 1½ Jahre nach der Geburt des Letzteren wurde sie wieder schwanger; sie erlitt jedoch einen Abortus von 3 Monaten. Von dieser Zeit an war sie oft leidend, namentlich stellten sich oft Schmerzen bei der unregelmässig eintretenden Menstruation ein. Anfangs August 1885 erkrankte sie mit Durchfall, der längere Zeit anhielt und nach der Beschreibung Ruhr gewesen zu sein scheint; sie wurde jedoch durch ärztliche Behandlung wieder besser. Ende Oktober nahm sie ein kaltes Bad, worauf sich heftige Schmerzen in der Seite einstellten; von der Zeit will sie eine Geschwulst in der linken Seite wahrgenommen haben. Sie konsultirte Anfangs wieder ihren früheren Arzt, kam aber dann am 22. December 1885 in meine Behandlung.

Status praesens: Ich fand die Kranke in einem anämischen Zustand, ohne Appetit, mit belegter Zunge, sehr kleinem Puls, Brechreizung, Verstopfung und öfteren Schmerzen beim Uriniren. Sie litt an heftigen Schmerzen, die periodisch eintraten, auch oft anhaltend waren und von einer Geschwulst herrührten, die sich in der *Fossa iliaca sinistra* befand. Dieselbe stellte sich als ein harter, etwa eiförmiger Knoten dar, der sich an den Rändern glatt anfühlte, in der Tiefe ziemlich umgangen werden konnte und nicht an einem Stiel, sondern flach aufsass. Er dehnte sich innen nach der Gebärmutter und nach aufwärts fast bis zum Nabel aus; verursachte bei der Untersuchung bedeutende Schmerzen. Eine Untersuchung der Gebärmutter ergab nur einzelne kleine Erosio-

nen an der *Portio Vaginalis* und dem *Os Uteri;* die Menstruation trat immer etwas später ein, es steigerten sich die Schmerzen ganz bedeutend während dieser Zeit, und man konnte gleichzeitig eine Vergrösserung der Geschwulst wahrnehmen.

Ich war lange im Zweifel und bin es jetzt noch theilweise in Bezug auf die Diagnose des Tumors; doch der Umstand, dass bei jeder Menstruation die Leiden der Kranken sich bedeutend verschlimmerten, lies mich annehmen, dass ich es mit einer Cyste des Ovariums zu thun haben müsste. Ich bat nun meinen Freund, Dr. Bryce,*) die Kranke mit mir zu besuchen, um seine Ansicht zu hören. Nach einer zweiten Untersuchung, die Dr. Bryce mit Dr. Lewis, der auf meine Veranlassung noch hinzugezogen wurde, vornahm, stimmten Beide mir bei, nämlich, dass die Geschwulst eine Cyste des Ovariums sein müsse. Manches spricht dafür, Manches auch dagegen, wie namentlich der Verlauf und der günstige Ausgang des Falles, da sowohl Scanzoni wie Niemeyer eine üble Prognose und in den meisten Fällen eine erfolglose Behandlung für solche Cysten angeben. Desshalb ist der Fall sehr interessant und verdient mitgetheilt zu werden. Sollte ich mich in der Diagnose geirrt haben, so lasse ich mich belehren und bin gern bereit, mich dem Urtheil besser in diesem Fach Unterrichteter zu unterwerfen.

Therapie: Meine erste Sorge war, der Kranken, die wie oben erwähnt, sehr geschwächt war, eine stärkende Diät (bestehend in Milch, Eierpunsch etc.) anzuempfehlen. Die Haut über der Geschwulst war sehr schmerzhaft, da *Tr. Jodi* zum Bepinseln gebraucht worden war; Vaselin beseitigte dieses bald. Gegen die heftigen Schmerzen verordnete ich Brom-Kalium, und wenn es zu arg wurde, Morph. acet.; gegen Verstopfung Senna. Auf die Geschwulst liess ich ein Läppchen Lint von der Grösse derselben auflegen, das mit einer Salbe aus *Unguent. mercurial. Camph. et Opium* bestrichen war; alle 6 Tage wurde die Salbe erneuert. Was ich nun innerlich gegen die Geschwulst anwenden sollte, wusste ich in der That nicht; doch war es nöthig, Etwas zu gebrauchen, um die Frau zu beruhigen, die nachgerade ganz trostlos wurde, indem sie nun schon seit 3 Monaten ohne die geringste Besserung darnieder lag. Ich verordnete daher *Kalium jodatum*, von welchem sie einige Flaschen, ohne die geringste Wirkung, einnahm. So blieb nun der trostlose Zustand der Kranken noch einige Zeit unverändert. Eines Morgens, als ich gerade wieder die Geschwulst untersuchte, brachte mir der Mann der Frau ein Wasserglas, in welchem er den Urin derselben von der Nacht aufbewahrt hatte. Der Bodensatz war ihm aufgefallen, da vorher der Urin immer etwas dunkel, aber stets ohne Bodensatz gewesen war. Da ich mit der Kranken selbst fast Nichts sprechen konnte, sie sprach weder Deutsch noch Englisch, sondern nur russisch, so musste der Mann den Dolmetcher spielen. Von ihm erfuhr ich denn, dass seine Frau eine schreckliche Nacht zugebracht habe, die Beine seien ihr kalt geworden, ein hohes Fieber mit grossem Durst habe sich eingestellt und die Schmerzen in der Geschwulst wären schlimmer gewesen als zuvor; gegen Morgen habe er den absonderlich aussehenden Urin bemerkt. Ich muss hier anführen, dass die Patientin vor diesem Anfall kein Fieber hatte. Es war also in der Nacht eine Krisis eingetreten; der Urin hatte einen ziegelfarbigen Bodensatz. Ich schrieb nun *Chinin sulphuricum* auf, wovon sie bis gegen Abend zweistündlich 2 Gran, im Ganzen 10 Gran, nahm; die Nacht darauf schien das Fie-

*) Editor of the *Southern Clinic.*

ber nicht zu hoch zu sein und auch waren die Schmerzen nicht so heftig. Den nächsten Tag nahm sie 12 Gran Chinin, in derselben Dosis ; sie hatte eine viel bessere Nacht. Also fuhr ich fort, 10 Gran täglich zu geben ; die Schmerzen hatten fast ganz nachgelassen, das Aussehen der Patientin wurde besser, guter Appetit stellte sich ein, Stuhlgang regelmässig täglich und der Urin ganz normal. In der Geschwulst hatte sich auch eine Aenderung eingestellt, sie hatte sich nämlich in zwei ungleiche Theile gespalten und zwar in einen grösseren nach der Gebärmutter hin und in einen kleinern nach der Crista ossis iliae. Die Patientin hatte dies auch gefühlt und machte mich darauf aufmerksam. So günstig ging es nun noch einige Zeit fort, unter stetigem Gebrauche des Chinin und der äusserlichen Anwendung der Salbe, bis die Menstruation eintrat, mit welcher wieder bedeutende Schmerzen in der Geschwulst, Niederschlag im Urin etc. sich einstellten. Nachdem die Menstruation in 6 Tagen beendigt war, wurde wieder mit dem Chinin angefangen. Von nun an besserte sich der Zustand so, dass ich der Patientin rieth, das Bett zu verlassen. Nach und nach konnte sie ganz gut ohne die geringsten Beschwerden herumgehen ; die Geschwulst nahm bedeutend ab; alle übrigen Funktionen waren ganz normal. Ich war nun sehr begierig, wie es bei der nächsten Menstruation gehen würde ; zu meiner grossen Freude ging dieselbe (natürlich brachte sie diese Zeit auf meinen Rath im Bett zu) ganz ruhig vorüber, ohne im mindesten Schmerzen in der Geschwulst hervorzurufen. Die Letztere nahm danach bedeutend ab und ist jetzt nur noch als eine kleine Verhärtung zu fühlen. Die Patientin befindet sich so gut, dass sie ohne die geringsten Beschwerden schon wieder theilweise ihren eignen Haushalt versehen kann, sie versicherte mir am 8. April, dass sie sich noch nie so wohl gefühlt, als gerade jetzt ; namentlich sei sie von manchen Beschwerden, die sie seit einigen Jahren gehabt, vollständig befreit.

Heute, am 28. April, besuchte ich die Frau wieder, fand dieselbe in sehr gutem Zustand, von der Geschwulst ist fast gar nichts mehr zu fühlen, die Menstruation hat sich noch nicht wieder eingestellt und so glaube ich denn, dass die Frau jetzt wieder völlig hergestellt ist.

Dr. W. Grebe.

Die Curette nach Abortus.

New York, 26. April 1886.

An die Redaktion der "New Yorker Medicinischen Presse."

In Ihrer April-Nummer giebt Hartwig in seinem Aufsatz : "Zur Behandlung des Abortus", an dass ich 31 Fälle von antiseptischem Curettement "mit einem Todesfalle" veröffentlicht habe. Ich möchte mir nur erlauben, diese Zahl dahin zu berichtigen, dass ich in dem Artikel : *The Removal of the Secundines after Abortion*," erschienen im *American Journal of Obstetrics*, (Februar 1883) über 57 derartige Fälle referirte, unter denen mir nur ein Fall von Paremetritis, mit Genesung, und ein Fall von tödtlicher, aber vor dem Evidement bestehender Septikämie, vorkamen.

Seitdem habe ich diese Zahl wohl verdoppelt, denn ich sehe viele dieser Fälle in Consultation ; und kein weiterer Todesfall ist mir vorgekommen.

Dr. Paul F. Munde.

New York, 27. April 1886.

An die Redaktion der "New Yorker Medizinischen Presse."

In der in No. 5 (S. 247) abgedruckten Mittheilung des Unterzeichneten—deren Ueberschrift übrigens Retroversio Uteri (mit Dysmenorrhöe) als Ursache von Melancholie heissen sollte—ist das Datum des von mir aufgenommenen *Status praesens* irrthümlicherweise als August 1873 angegeben: es sollte August 1883 dafür stehen.

Dr. H. J. Boldt.

Bücherschau.

Gottfried Scheff (Wien). Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens; A. Hirschwald, Berlin; 1886, pp. 249.

In dem kurzen Zeitraum eines Jahres die zweite Publikation über beinahe denselben Gegenstand. Dem vortrefflichen, concisen Werke von Schech folgt das vorliegende Buch in etwas breiter Darstellungsweise. Dasselbe zerfällt in fünf Theile, von denen der erste die Anatomie und Physiologie, der zweite die Untersuchungsmethoden und Instrumente, der dritte die Erkrankung der Nebenhöhlen, der vierte und fünfte die Krankheiten der Nase und des Rachens behandelt.

Obgleich S. mit der älteren und neueren Literatur vertraut scheint, wird doch der Leser manche Errungenschaften der gegenwärtigen Periode vermissen, und leidet die Arbeit an ungleichmässiger Behandlung des Stoffes. In dem anatomischen Theil, zu welchem der Verfasser durch eigene Untersuchungen beigetragen hat, ist das nach ihm constante Vorkommen eines kleineren oder grösseren Wulstes am hinteren Ende der unteren Nasenmuschel hervorzuheben, den er im Gegensatz zur bisherigen Anschauung als normalen, und nur dann als pathologischen Befund auffasst, wenn er sich durch besondere Grösse auszeichnet.

Dem Vorschlage, die linke Hand für die Untersuchung mit dem rhinoskopischen Spiegel einzuüben, ist gewiss beizustimmen, weniger jedoch der empfohlenen, Stellung der Lampe an der linken Seite des Patienten, die wohl allgemein verlassen ist, da die zur Handhabung der Instrumente, besonders bei Larynxapplicationen nöthigen Bewegungen der rechten Hand die Lichtquelle oft verdunkeln. Die Methode des Hervorziehens des widerspänstigen weichen Gaumens mittelst eines durch die Nase eingeführten Gummirohrchens wird Walshun zugeschrieben, während unseres Wissens der amerikanische *Surgeon-General* Wales dieselbe zuerst empfahl.

Zu rhinoskopischen Untersuchungen gebraucht S. ein von ihm angegebenes dreiblättriges Speculum und den beweglichen, stellbaren Michel'schen Spiegel, zu localen Applicationen im Rachen Pinsel, die wenigstens hier zu Lande durch die eine grössere Reinlichkeit gewährenden, verschiedenartigen Baumwollenträger verdrängt sind. Unter den vielen, guten Abbildungen ist auch eine solche der Nasenrachenspritze; auf ihren Gebrauch ist jedoch im therapeutischen Theil nicht zurückgekommen; ebendaselbst ist die oft unentbehrliche Zerstäubung der Medikamente nur ganz flüchtig und vereinzelt erwähnt. Die Anwendung nnd vortreffliche Wirkung der Chromsäure bei hypertrophischer Rhinitis, die des *Acidum aceticum glaciale*, des *Acidum nitricum* scheint Verfasser nicht zu kennen. Cocain, das jetzt so vielfach zu therapeutischen und auch diagnostischen Zwecken verwendet wird, findet Ref. bloss bei Behandlung von Pharynxhyperästhesie empfohlen.

Der therapeutische Theil der letzten drei Kapitel ist ausführlich gehalten und mit vielen brauchbaren Receptformeln versehen. S. gebraucht einfach sein „Nasenschiffchen" zur Einführung von flüssigen Medikamenten zum Zwecke der Reinigung und Behandlung. Heufieber ist nach ihm entweder Folge von Hitze oder Pollen, während es oft, wenn nicht meistens, eine akute Exacerbation einer latenten chronischen Krankheit ist. Die Besprechung der Reflexneurosen beschränkt sich auf Angabe der bekanntesten Symptome und die Namen mehrerer Schriftsteller. Zur Operation der Nasenpolypen braucht S. einen Assistenten zur Fixirung des Kopfes und Halten des Nasenspiegels (*i. e. Speculum*), während Ref. und wohl auch die meisten Anderen ganz gut ohne solchen operiren, zu dem bei Benützung von Jarvis' *Speculum* die linke Hand zur Fixation und nöthigenfalls Hebung der Nasenspitze verwendet werden kann.

Nasenrachenraumaffektionen werden nicht besprochen, doch sind unter den Neubildungen des Pharynx die adenoiden Vegetationen und „die aus denselben

hervorgehenden sogenannten Nasenrachenpolypen" (sic!) angeführt; bezüglich Behandlung derselben jedoch wird auf die chirurgischen Lehrbücher verwiesen. Die so häufig vorkommende Deviation der Nasenscheidewand ist gänzlich unberücksichtigt geblieben.

Eine mehr condensirte Bearbeitung mit spezieller Berücksichtigung einzelner Punkte in einer zweiten Auflage wird das Buch jedenfalls zu einem nützlichen Leitfaden für Studirende machen. Dr. J. W. Gleitsmann.

E. Berthold (Königsberg). Das künstliche Trommelfell und die Verwendbarkeit der Schalenhaut des Hühnereies zur Myringoplastik; Bermgann, Wiesbaden 1886.

Nach Besprechung der bisherigen Methoden, Trommelfellperforationen künstlich zu schliessen, und nach dem Hinweis auf das von ihm früher angegebene Verfahren, den Verschluss durch Ueberpflanzung eines kleinen Stückchen Cutis vom Oberarme zu erzielen, kömmt B. auf die Vorzüge der Schalenhaut des Hühnereies für diesen Zweck zu sprechen. Dieselbe ist eine derbe, aus faserigem Gewebe bestehende Membrane, welche als ein abgelöstes Stück der Uterinschleimhaut aufzufassen ist. Sie klebt sehr fest an den Trommelfellrest an und übt hier einen milden, aber andauernden Reiz aus, ist auch zur Aufnahme von Blutplasma seiner Struktur nach sehr geeignet. Zur Operation nimmt er eine kleine Pipette mit der üblichen Ohrenkrümmung und benetzt den Rand ihrer Mündung mit etwas Eiweiss. Das aus der Schalenhaut geschnittene Stückchen wird mit der Aussenseite über die Oeffnung des Glasrohres gelegt und das zur Pipette gehörige Gummirohrchen langsam comprimirt. Nach schnellem Nachlassen der Compression wird das Stückchen Haut an die Oeffnung des Glasrohres angesogen. Wenn die Pipette mit dem Häutchen in die Nähe des Trommelfelles gebracht ist, wird dasselbe durch Druck auf das Gummiröhrchen auf die Perforationsöffnung gebracht. Die kreideweisse Farbe ist ein Zeichen, dass die Membrane in der Mitte ganz trocken geworden ist, und wenn von günstigem Erfolge begleitet, widersteht sie nach längerer Zeit dem stärksten Druck der Luftdouche.

Das Verfahren des Verfassers, von dem er zahlreiche Fälle von glücklichen Heilungen beobachtete, ist bei dem oft vorhandenen Wunsche, eine Trommelfellperforation künstlich zu schliessen und bei der Unzulänglichkeit der bisherigen Methoden einer eingehenden praktischen Prüfung gewiss werth. J. W. G.

Permanent Drainage for Ascites; ein Vortrag von Dr. August Caillé (New York), gehalten vor der *New York Academy of Medicine* am 4. Februar 1886. (*N. Y. Med. Journal* vom 27. Februar 1886.)

In dieser interessanten, uns vom Verfasser freundlichst im Separatabdrucke zugesandten Arbeit, berichtet derselbe zwei Fälle, in denen er wegen allzu schnellem Wiedereintritte des Ascites nach jeder Punktion des Abdomens eine Fistel anlegte, in dem einen Falle eine Gummiröhre und in dem andern eine nach Angabe Dr. F. Huber's verfertigte Canüle einlegte. Der eine Patient, welcher an Lebercirrhose litt, war noch neun Monate zu arbeiten im Stande, ehe der völlige Kräfteverfall und tödtliche Ausgang eintrat; der zweite Patient, ebenfalls an Cirrhose leidend, besserte sich ebenfalls wesentlich und war sogar im Stande, nach den *Catskills* zu reisen und dort einen längeren Landaufenthalt zu nehmen. Im ersten Falle dauerte die permanente Drainage neun, im zweiten sieben Wochen.

Das Verfahren scheint sehr empfehlenswerth zu sein. G. W. R.

Zur Prognose der Gehirnsyphilis, von Dr. O. Braus, pract. Arzt in Burtscheid-Aachen: für prakt. Aerzte. Berlin, A. Hirschwald. 1886.

B. glaubt sich im Hinblicke auf seine während der letzten zwanzig Jahre gemachten Erfahrungen, zu der Erklärung berechtigt, dass der nur einen gewissen Zeitpunkt erreichende Bestand der Gehirnsyphilis einen Erfolg der medicamentösen Behandlung in Aussicht stelle. Der gewisse Zeitpunkt ist aber keineswegs festgestellt, denn B. meint nur, dass ein solcher, wenn therapeutischer Erfolg konstatirt werden könne, noch nicht, dagegen, wenn letzterer ausbleibe, sicher vom Krankheitsprozess überschritten sei. Wahrscheinlich ist dieser Zeitpunkt am häufigsten durch den plötzlichen Eintritt epileptiformer Convulsionen angezeigt. Bekanntlich sind dieselben meistens durch eine syphilitische Neubildung an der Gehirnkonvexität bedingt und gehen ihnen als Vorboten häufig anhaltende, Nachts exacerbirende Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, psychische Verstimmung, Gedächtnissschwäche etc. voraus. Rechszeitige Behandlung kann gerade in diesen Fällen

sehr günstige Erfolge herbeiführen, wogegen eine Unterlassung derselben wegen später auftretender Symptome — monoplegischer oder hemiplegischer Paresen, corticaler Sprachstörungen und schliesslich des Comas anzuklagen ist. Der erwähnte Zeitpunkt kann aber auch durch einen apoplektischen, meist halbseitige Lähmung bedingenden Insult markirt sein, welcher nach einem häufig zu beobachtenden Prodromalstadium dann eintritt, wenn die wesentlichste anatomische Alteration in einer syphilitischen Arterienerkrankung besteht. Im Anschlusse an einen solchen Anfall erfolgt ziemlich oft wochenlang andauernde psychische Betäubung und Verwirrung. Rechtzeitige Behandlung kann auch beim Vorkommen dieser zweiten Form eine langsamere oder raschere Besserung vielleicht auch Heilung erzielen.

Je nach dem an der Konvexität oder Basis des Gehirns vorkommenden speziellen Sitze der der luetischen Affektion können bekanntlich Hemianästhesie, Hemiopie, aphatische Störungen u. s. w. beobachtet werden. So lange das, der Neubildung benachbarte Gewebe noch funktionsfähig ist, mag es der antiluetischen Behandlung gelingen, die syphilitische Neubildung, nämlich das Gumma oder die Neubildung an der Gefässintima, zum Zerfall oder zur Resorption zu bringen und den durch dieselbe komprimirten Gehirntheilen ihren Blutzutritt zu sichern. Dieser Erfolg ist aber ausser Frage gestellt, sobald dem Gewebe durch den erlittenen Druck bereits tiefere Schädigungen widerfahren sind. R. M.

Ueber Piper methysticum (Kawa). Untersuchungen von Dr. L. Lewin; Aug. Hirschwald; Berlin 1886.

Piper methysticum ist eine auf den Fidschiinseln wachsende und daselbst cultivirte Pflanze. Sie gleicht dem Bambus, wird wie dieser durch Stecklinge fortgepflanzt, wächst aber langsamer. Der wesentliche Theil der Pflanze ist die Wurzel. Sie ist so dick wie eine Runkelrübe, hat bis zu 2 Meter lange, dünne verästelte Fasern. Sie wiegt frisch 1—2 in einzelnen Exemplaren 6—10 Kilo. Unter der dünnen Rinde liegt ein Netzwerk von Holzgewebe mit weicher, gelblich-weisser Cellularsubstanz gefüllt. Es giebt viele Varietäten. Aus der Kawa bereiten die Südseeinsulaner ein Getränk, das im religiösen und politischen Leben eine grosse Rolle spielt und das darum von Reisenden sehr häufig beschrieben wird. Die Bereitung des Getränkes sowie dessen Genuss sind immer mit besonderen, an verschiedenen Orten verschiedenen Ceremonien verbunden. Das Wesentliche bei der Bereitung scheint immer zu sein, dass Stücke der Wurzel von jungen Leuten gekaut und dann ausgespuckt werden. Der Masse wird dann Wasser zugesetzt, dann wird sie colirt und getrunken.

Aus der Wurzel wurden zwei krystallisirte Stoffe isolirt, das Kawahin und das das Yangouin; beide sind stickstofffrei. Der erste reducirt Fehling'sche Lösung nach Kochen mit Salzsäure. Die pharmakodynamisch wirksamsten Bestandtheile sind zwei Harze, die Verf. als C. und B. Kawaharz bezeichnet.

Beim Kauen der Wurzel spürt man einen anfangs gewürzhaften, leicht bitteren, später prickelnden, wohl auch scharf stechenden und beissenden, pfefferartigen Geschmack, je nach der Menge der gekauten Substanz. Die Speichelsecretion ist vermehrt.

Kawahin und Yangouin sind in Bezug auf diese Wirkungen indifferent. Hingegen zeigt sie das C-Kawaharz in ausgezeichneter Weise. Nach dem Kauen desselben tritt eine Empfindung des Taubseins auf der Schleimhaut der Mundhöhle und der Zunge und eine Herabsetzung der Empfindung ein. B-Harz wirkt ähnlich aber schwächer.

Bringt man einem Thiere ein weniger als stecknadelkopfgrosses Stück des Harzgemisches in den Conjunctivalsak, so tritt nach 3 Minuten oder früher vollkommene Anästhesie der Cornea und Conjunctiva ein. Beim C-Kawaharz allein gehen der Anästhesie Reizerscheinungen voraus. Spritzt man es in das Unterhautzellgewebe, dann tritt locale Anästhesie der Haut auf.

Geniessen Europäer das Kawagetränk gut filtrirt, so dass es wenig Harze enthält, dann soll es eine sehr erfrischende Wirkung ausüben. Jedoch nur in heissem Klima. Dabei soll es appetitanregend und schweisstreibend wirken.

Wenn man genügend Harze mitgeniesst, dann treten narkotische Erscheinungen auf, die sich vom Gefühl der Behaglichkeit und Sorglosigkeit zu Mattigkeit und Schlaf steigern.

Nach chronischem Kawagebrauch also bei Kawaismus soll geistige Schwäche sich entwickeln. Die Individuen werden mager, ihre Augen roth, die Hände zittern. An der Haut tritt in vielen Fällen eine Affektion auf, die in einem exfoliativen Prozesse besteht, der sich über die ganze Haut erstrecken kann. Mit der

Zeit wird die Abschuppung geringer und hört schliesslich ganz auf. Die atropische Haut legt sich dann in Falten.

Auch bei Versuchen an Thieren zeigte es sich, dass die wirksamen Bestandtheile die Harze waren. Giebt man Fröschen 0,1 bis 0,2 Gran des Extractes *per os*, dann beginnt die Giftwirkung nach 1—2 Stunden, und zeigt sich in vollkommenem Erlöschen der Reflexerregbarkeit. Auf elektrische Reizungen der Nerven oder Muskeln treten aber noch Zuckungen ein. Die Herzaktion bleibt unverändert. Dieselbe kann bei vollkommener sonstiger Lähmung des Thieres noch nach 9 Tagen bestehen.

Systematische Versuche ergaben, dass die mit dem Gift in unmittelbare Berührung kommenden Theile eine Herabsetzung der Erregbarkeit und schliesslich eine Lähmung der sensiblen Nerven erleiden. Nach besserer Resorption werden die reflexvermittelnden Apparate des Rückenmarkes gelähmt.

Die Erscheinungen bei Warmblütern sind wesentlich gleich denen bei Kaltblütern. Bei Katzen tritt starke Speichelsecretion auf.

Die praktische Anwendung wird bald lehren, in wie weit die beim Thierexperiment gewonnenen Resultate Verwerthung beim Menschen finden können.

Auf den Sandwichinseln wird das Mittel gegen Schmerzen verabfolgt. Auch bei Lungenleiden wird es empfohlen. Ebenso bei Rheumatismus, Gicht, Asthma. Am besten soll es aber wirken bei Gonorrhöe.

Von pharmazeutischen Präparaten fand Ref. hier in New York ein „Fluid Extract Kava Kava", über dessen Wirkung er aber noch keine Versuche anstellen konnte. **E. T.**

An experimental and clinical Study of Air Embolism by N. Senn, M. D. Extracted from the Transactions of the *American Surgical Association*, Vol. III. 1885.

In dieser ausführlichen Arbeit des ausscheidenden Präsidenten der *American Medical Association* behandelt derselbe das Thema in erschöpfender Weise. Der interessanteste Theil der Arbeit ist derjenige, in welcher die Experimente beschrieben werden, welche S. angestellt hat, um die Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung dieses gefürchteten Zufalles nachzuweisen. Dieselbe besteht in Aspiration der rechten Vorkammer. Die Nadel des Aspirator's wird in die Decken eingestossen und dann aspirirt; jetzt erst wird die Nadel langsam weiter eingeführt bis das Erscheinen von schaumigem Blute anzeigt, dass die Vorkammer erreicht ist. Alle Thiere, welche S. zu diesen Experimenten benutzte (ein Schaf und 9 Hunde) genasen, obgleich sie soviel Luft eingespritzt erhalten hatten, dass sie sicher zu Grunde gegangen wären.

Um diese Behandlung nun am Menschen zu ermöglichen, substituirte S. einen Katheter an Stelle des Aspirators. Derselbe wurde in die *Vena jugularis* eingeführt (welche ja fast immer das verletzte Gefäss ist) und dann die Luft, resp. das schaumige Blut durch dasselbe aspirirt. Er führte das elastische Katheter möglichst weit ein, so dass dasselbe in die rechte Vorkammer eindrang und aspirirte dann mit einer gut gedichteten Stempelspritze.

Von 9 Versuchsthieren (Hunden) starben vier, doch war bei dreien derselben die Todesursache eine Thrombose, theils in den Herzhöhlen, theils in den grossen Gefässen; beim vierten versagte die Stempelspritze, da sich in derselben ein Koagulum festgesetzt hatte. **G. W. R.**

(Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Broschüren:)

Quiz Compends (No. 11.) A Compend of Pharmacy by F. C. Stewart, M. D., Ph. G.; Philadelphia 1886. — P. Blackiston, Son & Co.

Die neueren Arbeiten über die spezifische Energie der Hautsinnesnerven von Dr. Max Joseph, (Berlin). — Separatabdruck aus „*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*;" V. Band 1886, No. 3.

Zur Aetiologie der Alopecia areata Vorl. Mitth. von Demselben. — Separatabdruck a. d. *Centrabl. f. d. Med. Wissenschaften* 1886, No. 11.

Ueber die primäre Erysipelas des Kehlkopfes von Prof. S. Massei (Neapel;) Uebersetzt von Dr. Vincenz Meyer; Berlin 1886. — August Hirschwald.

Diphtheria and its Management; (Are membranous Croup and Diphtheria distinct diseases?) by Joseph E. Winter, M. D.; — Reprinted from *The Medical Rscord*, December 5. 1885.

Witterung und fibrinöse Pneumonie; Vortrag gehalten in der *Medical Society of the County of New York*, 25. Mai 1885; von Dr. August Seibert; Seperatabdruck a. d. *Berl. Klinischen Wochenschrift*; No. 17. 1886.

Die Sterilität des Weibes, ihre Ursachen und ihre Behandlung von Dr. Heinrich Kisch, Wien und Leipzig; Urban & Schwarzenberg, 1886.

Grundriss der Augenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende von Dr. S. Klein; Wien und Leipzig; Urban und Scwarzenberg, 1886.

Jahresbericht des Verwaltungsrathes des Deutschen Hospitales und Dispensary in der Stadt New York — 1885. — (Durch Dr. Caillé freundlichst zugesandt).

Clinical Lectures on Orthopedic Surgery by A. Sydney Roberts, M. D. No. I & II. Club-foot. Reprinted from the *Medical News;* March 13th. & 20th 1886.

Bulletin of the North Carolina Board of Health; Vol. I., No. 1. Published monthly at the office of the Secretary of the Board, at Wilmington, N. C.

Practical Suggestionn respecting the varieties of electric Currents and the Uses of Electricity in Medicine by Ambrose L. Ranney, M. D. New York; D. Appleton & Co. 1885.

Personalien etc.

Das Gesetz zur Verhütung der Verbreitung der Trachoma-Epedemie ist im ungarischen Landtage ohne Debatte angenommen worden.

Dr. Grawitz, bisher Assistent bei Prof. Virchow ist zum Nachfolger von Prof. Grohe in Greifswalde erwählt worden.

Prof. F. A. Hoffmann in Dorpat ist zum Nachfolger Prof. Struempell's an der med. Poliklinik in Leipzig in Vorschlag gebracht worden.

Prof. Edward Curtis, welcher während der letzten 14 Jahre am hiesigen *College of Physicians and Surgeons Materia medica* gelesen, hat resignirt und ist an seiner Stelle Dr. Geo. L. Peabody, bisher pathologischer Anatom am *New York Hospital* ernannt worden.

Dr. O. Haab, bisher Privatdocent für Augenheilkunde, wurde an Horner's Stelle zum Professor der Ophthalmologie a. d. Züricher Universität erwählt.

Auch der oberste Sanitätsrath in Wien hat die Ansicht ausgesprochen, dass den Pasteur'schen Impfungen gegenüber eine zuwartende Stellung angezeigt sei. Maasgebend scheint dabei gewesen zu sein, dass der von der ungarischen Regierung nach Paris entsandte Delegat, Prof. Babés nicht über alle Details Auskunft zu erhalten vermochte (S. No. 5) und ferner die Thatsache, dass seit 17 Jahren in Wien kein Fall von Lyssa vorgekommen ist.

Dr. Christian Bohr, wurde zum Nachfolger Prof. Panum's in Kopenhagen gewählt.

Dr. L. Tumas, bisher Privatdocent wurde zum Professor der Pharmakologie in Warschau erwählt.

Dr. Joseph Holt, Präsident des Gesundheitsrathes von New Orleans hat resignirt.

Die American Climatological Association hat am 10. u. 11. d. M. ihre 3. Sitzung in Philadelphia abgehalten.

Die Association of American Medical Editors hatte am 3. Mai eine Zusammenkunft in St. Louis.

Dr. Paul H. Kretzschmar wurde zum *Civil Service* Commissär für die Stadt Brooklyn ernannt.

Dr. Paul F. Mundé begiebt sich am 26. d. M. nach Europa, um der Ausführung von Laparatomieen bei den bedeutendsten Operateuren (Schroeder, Martin, Fritzsch, Hegar, Tait, Keith etc.) beizuwohnen.

Vor Kurzem gab M. den Aerzten der *N. Y. Polyclinic* in seinem Hause eine Abschieds-*Reception,* zu der eine Anzahl prominenter Aerzte geladen war; im Ganzen waren etwa 200 Collegen gegenwärtig.

Todtenliste.

Dr. E. Billod, Chefarzt der Irrenasyle der Seine in Paris. Seine in den *Annales médico-phychologiques* veröffentlichten Arbeiten gab er vor einigen Jahren in zwei Bänden unter dem Titel „*Des Maladies mentales and nerveuses*" heraus.

Dr. Joseph Nowak, Professor für Hygiene an der Wiener Universität.

Dr. A. Courty, Professor der Chirurgie zu Montpellier, Frankreich.

Dr. J. Gutbrod in Stuttgart, bekannt durch seine Theorie des Herz-Shock's „Die Rückstoss-Theorie", die einst sehr verbreitet und auch von Skoda adoptirt wurde.

Dr. William L. Hardy, *Physician to the Tombs and City Examiner of the Insane* dahier. Zugleich war er *Civil Service* Commissär für die Stadt New York.

Mortalitätsbericht für Januar 1886 — in San Francisco, Cal.

(Sterblichkeit im Januar 1884 — 438).

Todesursachen.	Gesammt Summe.	Unter 1 Jahr	1 bis 2	2 bis 5	5 bis 10	10 bis 15	15 bis 20	20 bis 30	30 bis 40	40 bis 50	50 bis 60	60 bis 70	70 bis 80	80 bis 90	Ungewiss	Geschlecht		Race		
																M.	W.	Cauc.	Mong.	Afr.
Gesammtmortalität	519	82	25	33	21	9	10	51	74	68	66	40	27	11	2	320	199	479	40	
Bestimmte Ursache	503	82	25	32	21	8	10	47	68	67	63	40	27	11	2	306	197	477	26	
Ursache nicht angegeben	16			1		1		4	6	1	3					14	2	2	14	
An zymotischen Krankheiten	207	21	13	19	12	7	9	26	34	29	15	12	9	1		121	86	199	8	
Cholera infantum	2	1	1	6													2	2		
Croup	15	1	4	4	6											11	4	15		
Mening. cerebr. spin	1			1													1	6		
Diarrhoe	7	6								1						5	2	13		
Diphtheritis	13		1	6	6											4	9	1		
Dysenterie	2		1						1								2	1	2	
Febr. Remittens	1					1										1		5		
Abdominal-Typhus	5					1		2	1				1			3	2	1		
Keuchhusten	1					1										1		2		
Septicaemie	2			1				1								2		1		
Syphilis	1	1															1			
Pneumonie	66	12	5	7		2	2	6	7	8	4	7	5	1		42	24	62	4	
Phthisis	91		1			2	7	17	25	20	11	5	3			52	39	89	2	

Durchschnittstemperatur für den Monat — 50,9
Höchste Temperatur am 23. Januar — 62,9
Niedrigste Temperatur am 2., 3., 4. u 8. Jan. — 41,0

Ein Fall von Lyssa humana.

Von Dr. Paul H. Kretzschmar, Brooklyn, N. Y.

J. H., 47 *Jahre alt, aus der Schweiz gebürtig, Bauunternehmer*, Vater von vier Kindern, die alle noch leben ; ist vorher immer gesund gewesen. War stets ein mässiger Trinker und ein ordentlicher, fleissiger Geschäftsmann und lebte in guten, geordneten Verhältnissen. Hereditär ist er nicht belastet, wenn auch leicht heftig und aufbrausend.

Am 6. März d. J. fand er einen fremden Hund auf der Hintertreppe seines Hauses. Da sich derselbe nicht fortjagen liess, so packte ihn H. im Genick am Koller mit der Absicht, ihn fortzuschaffen. Der Hund drehte sich um und biss in H.'s rechte Hand, welcher das Thier natürlich losliess und seine dadurch freigewordene Hand schnell zurückzog. Dadurch wurde die zwischen Daumen und Zeigefinger befindliche Bisswunde tiefer aufgerissen, als es sonst vielleicht der Fall gewesen wäre.

Dr. E. F. Hartung, an welchen H. sich sofort wandte, kauterisirte die Wunde sofort mit *Argentum nitricum* und legte dann drei Nähte ein. Am 10. März wurden dieselben entfernt uud am 13. März, also nach einer Woche war die Wunde verheilt.

Der Hund war leider auf H.'s Wunsch sofort erschossen worden.

Wenn nun auch H. durchaus nicht in Angst und Sorge wegen einer etwa nachfolgenden Erkrankung zu sein schien, so kam doch dann und wann die Rede darauf.

Während der ersten Maitage hatte er wegen eines befürchteten *Strike's* seiner Arbeiter viele Unannehmlichkeiten und war sehr aufgeregt und verstimmt, weil er befürchtete, seine Baukontrakte nicht einhalten zu können. Als er während dieser Zeit mit Jemand eine durchaus freundschaftliche, aber hitzige Debatte hatte und eifrig, mit erhobener Stimme in denselben hineinsprach, sprang dessen grosser Hund an ihm in die Höhe und schnappte nach ihm ; er erwischte jedoch nur H.'s langen Bart und wurde sofort von seinem Herrn zurückgerissen und weggejagt.

Dieser Schreck scheint deprimirend auf H. gewirkt zu haben! Am 11. Mai klagte er zuerst, er fühle sich ernstlich unwohl und schlief die Nacht darauf sehr schlecht. Am Morgen des 12. Mai, wie er eben seinen Geschäften nachgehen wollte, gab ihm seine Frau ein Brausepulver ; dasselbe trank er zwar, doch mit grosser Mühe beim Schlucken. Bald darauf stellten sich die eigenthümlichen Schluck- und Athmungskrämpfe ein, welche das Hauptsymptom der ganzen Krankheit bildeten. Er stand oder sass während dieser Anfälle, den Kopf und Hals weit zurückgebeugt mit den Armen krampfhaft irgend welche Stützpunkte suchend und athmete tief und schwer, manchmal laut und stossweise stöhnend und schnappend.

Dr. Hartung, welcher nun gerufen wurde, verschrieb für die — alle 10 Minuten auftretenden — „asthmatischen" Anfälle Bromkalium (stündlich 3ss.) ; an Lyssa wurde damals noch nicht gedacht.

Um 10 P. M. sah ich den P. in Konsultation. Wie ich in's Zimmer trat, lag P. angekleidet auf dem Bette und bekam sofort einen Anfall. Als Licht an's Bett gebracht wurde, also eine Minute später, und dann als gleich darauf Dr. W. H. Kretzschmar, mein Bruder, in's Zimmer trat, nach einer weiteren Minute, hatte P. abermals je einen Anfall. Wasser, welches ihm gereicht wurde, trank er, indem er das Glas mit beiden Händen an den Mund drückte, mit Schwierigkeit und brachte das ge-

leerte Glas mit hastiger Bewegung vom Munde weg. Dann bekam er wieder einen Anfall. Er tauchte auch unaufgefordert seine Hände in Wasser, offenbar ohne besondere Scheu — nur bekam er sofort wieder einen Anfall, wie denn jeder geringste Reiz auf Reflexwegen die Krämpfe hervorbrachte.

Die physikalische Untersuchung fiel negativ aus; Puls 84; Resp. 28—30.

Die Narbe, welche früher angeblich weiss und glatt gewesen war, sah bläulich aus, war etwas erhaben und von einer schmalen röthlichen Zone umgeben. Wir stellten darauf einstimmig die Diagnose: Lyssa humana.

Behandlung: *Morph. sulph.* gr. $\frac{1}{8}$,
Ir. Hyoscyami m xii.

Das erste Mal zwei solcher Dosen, dann dieselbe Dosis stündlich.

P. schlief jedoch nicht.

Am 12. Mai, um 7 A. M. äusserte P. zum ersten Male seine grosse Furcht, dass er Tollwuth habe und sterben müsse. Die Krampfanfälle waren sehr häufig. Die Dosis des Morphiums wurde verdreifacht (gr. $\frac{3}{8}$).

Um 11 A. M. war nach drei dieser Dosen keine Aenderung eingetreten. Eine genaue Untersuchung der Mundhöhle zeigte keine der sogenannnten Lyssabläschen (Morechetti). Die Zunge war roth, aber trocken; die Haut fühlte sich durchaus normal an; Puls 84, kurz und hart; Besinnung vollständig, wie bis zuletzt; Herztöne rein; Respiration 28—30.

Trank etwas Wasser, etwas Brandy (3 Unzen in 24 St.), etwas Bouillon; festes Essen wollte er nicht.

Um 3 P. M. schien P. sehr viel besser. Hatte nach Vorschrift eingenommen, war ruhiger; Anfälle alle 8—10 Minuten, anstatt alle 2 bis 3 Minuten.

Darauf wurde die Dosis wieder auf Morph. gr. $\frac{1}{8}$ reduzirt.

Um 11 P. M. wieder schlimmer. Puls 140, klein und schwach; spuckt viel zähen Schleim aus, leicht mit Blut tingirt, den er sich öfters selbst mit dem Finger aus dem Munde entfernen muss.

Er frägt, ob ihm nicht durch Amputation der Hand geholfen werden könne, oder ob er in die aufzuschneidende Narbe ein altes in Deutschland emfohlenes Mittel einstreuen dürfe etc.; Er wisse aber doch, dass er sterben müsse, und dann wäre es übrigens besser, er wäre bald erlöst; der Doktor solle ihm etwas dafür geben etc.

Seine Sprache war immer unzusammenhängend und stossweise; Bewusstsein nie getrübt.

In der folgenden Nacht hatte er fast unausgesetzt Anfälle; eine Viertelstunde vor dem Tode trat jedoch eine Remission in den Anfällen auf; er nahm bei vollem Bewusstsein von seiner Familie und seinen Freunden Abschied und starb am 14. Mai um 7 Uhr A. M., also 48 Stunden nach Eintritt der ersten Symptome und 69. Tage nach dem Bisse.

Sectionsbericht von Dr. E. C. Spitzka.

Die Section, welche Herr Kollege Kretzschmar auf mein Ersuchen so freundlich war mich vornehmen zu lassen, fand am 15. Mai um 2. 15 P. M. statt; anwesend waren ausser uns Beiden die Herren Dr. W. H.

Kretzschmar, Dr. E. F. Hartung, Dr. Van Cott,*) Dr. R. Mollenhauer, Dr. N. Brill und Dr. F. A. McGuire.

Sektions-Befund: Mässig starkgebaute gracile männliche Leiche; Leichenstarre an den unteren Extremitäten im höchsten Grade ausgeprägt; An der dorso-metakarpalen Fläche der rechten Daumengegend befindet sich eine leicht erhöhte Narbe mit unregelmässiger, krauswelliger Oberfläche. Sie läuft schief (ca. 45° gegen die Richtung des Armes) ist gezackt und etwa 3 cm. lang. In direkter Richtung nach dem Knöchel des Zeigefingers zu, finden sich drei frische Krusten von tiefröthlich-brauner Farbe, etwas in die Haut eingesenkt, genau den gewöhnlichen Folgen einer Hautabschürfung entsprechend. Dieselben sind nach Aussage der behandelnden Aerzte vorher nicht dagewesen. Die alte Narbe selbst sitzt mitten in normaler Haut, welche die normale Leichenblässe zeigt, hat aber eine deutliche, schwach violete Färbung. Sonst war an der Leiche nichts zu bemerken, ausser einer kleinen Oeffnung im Epigastrum, durch welche eine Einbalsamirungsflüssigkeit (von unbekannter Zusammensetzung) eingespritzt worden war. Der Leichenbesorger berichtete, dass nur wenige Tropfen Blut beim Einstechen herausgekommen waren. Die Leiche lag auf dem Rücken; speziell der Kopf war sorgfältig auf meinen Wunsch in Eis gebettet worden.

Um die postmortale Injektion in möglichst ungestörter Weise zu erhalten, wurden Gehirn und oberes Halsmark *in continuo* von Hinten entnommen.

Beim Schneiden der Weichtheile zeigte sich eher weniger als mehr der gewöhnlichen dunklen Blutmenge, ungefähr dem Ernährungszustande des Mannes entsprechend. Dem Munde entfloss Schleim und Mageninhalt, der nichts Bemerkenswerthes zeigte.

Schädel normal, dünnwandig; Dura zeigt die gewöhnliche Injektion, aber auffallend rosa gefärbte Blutpunkte; grosse Hirnsichel ungewöhnlich tief; Dura den Leptomeningen adhärent mehr als gewöhnlich, so dass die Lostrennung besonders des Stirnhirns schwierig ist. Dies waren jedoch Folgen früherer Zustände; die zwischen den Hirnhäuten verlaufenden Gefässe normal und leer. Liquor cerebro-spinalis an Quantum und im Aussehen normal. An der Dorsalfläche des Rückenmarks typische Gefässentwicklung mit schwacher Füllung. Basale Dura nicht injizirt. Konsistenz des Gehirns normal; Pia sehr leicht abziehbar, schwach injizirt. Puncta vasculosa dunkelfarbig und schwach ausgeprägt. Ventrikeloberfläche rein und normal. Plexus choroideus kollabirt normal. Tela durchsichtig; alle Gewebe bei genauer Durchforschung von normaler Konsistenz und Farbe und müsste das Gehirn als Ganzes als anämisch bezeichnet werden. Es wird häufig bei Sektionen beobachtet, dass die Schnittfläche eines Hirn- resp. Rückenmarkstheiles ganz blutleer erscheint, nach einiger Zeit aber das Gefässnetz der grauen Substanz eine schwache Füllung zeigt. Dies konnte in eklatanter Weise sowohl an Schnitten des Rücken- als wie des verlängerten Markes demonstrirt werden. An der Brücke und in höher gelegenen Hirntheilen dagegen nicht.

Die Gefässe waren ihrer Struktur nach normal, die grössten Arterien etwas dünnwandig.

Das vierte Ventrikel: Alae cinereae morphologisch

*) Im Auftrage von Dr. Geo. M. Sternberg von der *Surgeon-General's Office.*

deutlich ausgeprägt, schwächer grau als durchschnittlich. In der Fovea mittelmässig injizirte Venen. Locus ceruleus schwach pigmentirt; Ependym des Ventrikels von infantiler Reinheit. Die Vertheilung der Striae medullares war atypisch, indem auf der linken Seite blos ein einziger transversaler Markstreifen vorhanden war, auf der rechten gar keiner. Dafür war rechts der mir bis jetzt als grösster bekannte und vorgekommene aufsteigende Markstreifen (sogen. Klangstab Bergmanns) vorhanden.

Psalterium fein und typisch gestreift. Die Hinter- und Seitenstränge des Rückenmarks waren entschieden ein wenig grau; diese Verfärbung war jedoch nicht jenseits der Grenze, welche man bei Sektionen älterer Leute findet. Sie zeigte auch eine Ausbreitung, bestimmte Fasersysteme betreffend, wie sie vielleicht normalen Farbenunterschieden entsprechen dürfte. In den Hintersträngen war dies bedeutend stärker der Fall, als in den Seitensträngen. Die Goll'schen Stränge und jener Theil der Burdach'schen Stränge, welche unmittelbar an die hintere Kommissur und Hinterhörner stösst, war ebenfalls dunkel. Es blieben gänzlich weiss: Ein schmales Feld, welches streifenartig zu beiden Seiten des Goll'schen Stranges liegt, wie auch das unmittelbar an der Pia anliegende Feld der Burdach'schen Stränge. Die frische mikroskopische Untersuchung hat noch keine definitiven Resultate ergeben; abnorme Gewebstheile wurden nicht gefunden und zeigten sie alle soweit die normalen Elemente in typischer Zahl und Ausbildung.

Den Bericht über die mikroskopische Untersuchung der gehärteten Präparate wird Dr. E. C. Spitzka in der New Yorker Medizinischen Presse zur Veröffentlichung übergeben.

Um den uns in letzter Stunde zugehenden vorstehenden Bericht unseren Lesern noch in dieser Nummer vorlegen zu können, mussten wir Verschiedenes zurückstellen. Bei dem grossen Interesse, welches der Gegenstand desselben gegenwärtig erregt, dürfte eine so genaue Beobachtung und gründliche Autopsie sehr willkommen sein. D. Red.

Sanitätsrath Dr. EMERICH HERTZKA,

KARLSBAD I. B.,

empfiehlt sich seinen amerikanischen Collegen.

Wohnung: **Mühlbrunngasse, zum „Malteserritter."**

Dr. Geo. W. Rachel

wohnt jetzt

No. 332 East 19th Street, New York.

NEW YORKER

MEDIZINISCHE PRESSE.

Organ für die Vereine Deutsch-Amerikanischer Aerzte.

ZWEITER BAND.

NEW YORK:
Druck der Cherouny Printing & Publishing Company.
1887.

INDEX

Zu Band II.

der "New Yorker Medizinischen Presse."

Seite

Abnormal Artery of the pharyux 251
Abortive Behandlung der Gonorrhöe, die —, ... 68
Abscessbildung, über —, in der Orbiter nach akutem Schnupfen 6
Acide, L' —, lactique comme moyen curatif des ulcerations tuberculeuses du larynx 253
Addison's Disease, associated with gastric ulcer and perforation of the stomach. (Post mortem) 110
Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. Ueber Extirpationen der — u. s. w 252
Adiposo Tumore sulla eminenza quadrienza 154
Aerzte und Naturforscher-Tag in Berlin, der 59te —, ... 214
Aetiologie der Lungenschwindsucht, eine statistische Studie 203
Ajovan, Ptychotis d. Carum —, ... 204
Alveolar-Myelom; Physiologische Vorbilder des Carcinoms und —, ... 181
Amputation; cancer of the uterus, its treatment by high —, etc 62
Amputation (old) of left upper arm associated with an atrophied right ascending parietal convolution 151
Amyotrophic lateral sclerosis, a case of —, with clonus of the lower jaw 12
Anatomie der glandula pinealis zur —, ... 16
Anterior Spinal Paralysis, on subacute — in the adult 16
Antidote, interesting cases of opium poisoning, Atropine as an —, etc 206
Antifebrin, Antipyrin und Thallin 213
Antifebrin. Das — ein neues Fiebermittel 210
Antiparasitäre Mittel, über die Behandlung des Lupus durch —, ... 22
Antipyreticum, über Thallin als —, ... 210
Antipyrin, über —, ... 205
Antipyrin, Thallin und Antifebrin 213
Antipyrine. The value of — in Puerperal Fever 209
Antiseptik auf dem Schlachtfelde, zur —, ... 248
Antiseptische Technik, zur — 63
Aphasie und Gemütserregung 150
Aphasie und Scharlach 147
Aphonia and Dyspnoea (laryngo) spastica 255
Apparate, Patentirte Droguen und — 71
Appendages (Uterine). Is disease of the uterine — as frequent as it has been represented ?.... 61
Arning (Dr. E.) Bericht über Lepra 244
Artery, Abnormal — of the pharynx 251
Artificial Respiration. Interesting cases of —, Opium Poisoning, etc 206
Asthma, Die Beziehungen der erkrankten Nasenschleimhaut zum — und dessen rhinochirurgische Heilung 252
Atlas, Syphilitische Necrose des —, ... 67
Atrophied right ascending parietal convolution; old amputation of left upper arm associated with —, ... 151
Atropine as an Antidote. Interesting cases of Opium Poisoning, Artificial Respiration, etc 206
Auspitz Heinrich, Nekrolog 92
Bandl Gustav, Nekrolog 265
Baumwollenstaude, Die Wurzelrinde der — als uterines Haemostaticum 231
Becken, die Ursachen der Rotation des Foetus im —, ... 141
Berlin, der 59te Naturforscher- und Aerzte- Tag in — 112
Bilious Vomiting 214
Brasilien, über eine neue in — beobachtete Krankheit 22
Brustdrüse, ein Fall von Ekzem mit Krebs der — 227
Calculus, (Urinary), sloughed out through the Perineum, a unique case of —, ... 251
Callosum, on Prof. Hamilton's theory concerning corpus —, ... 12
Cancer of the Uterus; its treatment by high amputation compared with total exstirpation 62
Carcinom und Alveolar — Myelom, Physiologische Vorbilder des —, ... 181
Carum Ajoran, Ptychotis d. —, ... 204
Cascara Sagrada, Maltin mit —, ... 59
Casuistik, zur — mit Dr. Trentlers Stickstoff- Inhalationen behandelten chronischen Lungenkrankheiten 114
Centre cortical Larynge; Paralysies vocales d'origine cérébrale 257
Cervix uteri, Epithelioma of the —, ... 62
Chemisches und Schweinernes 32
Chirurgie 17, 248
Chorea, Die Beziehungen zwischen — Rheumatismus und Endocarditis 240
Chorea Dimidiata nach Rheumatismus acutus, Complication von Urticaria und —, ... 55
Chronischer Magenkatarrh, Dr. Delafield's Behandlung des —, ... 259
Chronische Nephritis; Suppressio urinae, Mangel einer Niere 235

Seite
Circular No. 2, über den neunten internationalen medizinischen Congress ... 162
Clonus of the lower jaw, a case of amyotrophic lateral sclerosis with —, ... 12
Commissur (hintere) des Gehirns, einige Bemerkungen über den Faserverlauf der —, ... 157
Complication von Urticaria und Chorea dimidiata nach Rheumatismus acutus ... 55
Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie ... 79
Congress, neunte internationale medizinische; Circular No. 2, über den —, ... 162
Contagiöse Stadium der Syphilis, über die Grenze des —, ... 65
Contagium der Syphilis, über das —, ... 237
Convolution (atrophied right ascending parietal —; old amputation of left upper arm, associated with —, ... 151
Coracoid proeess of the scapula, Fracture of the —, ... 250
Corpus callosum, on Prof. Hamilton's theory, concerning —, ... 12
Correspondenzen ... 33, 125, 167, 220
Coughing, usual causes of —, ... 254
Degeneration, ein Fall totaler — eines Hirnschenkelfusses ... 156
Degeneration, ein neuer Fall — der äusseren Portion des Hirnschenkelfusses ... 155
Delafield's (Dr.) Behandlung des chronischen Magenkatarrhs ... 259
Dermatotherapeutische Miscellen ... 24
Dermatologie ... 19
Desinfiziren, Wie soll der Arzt seine Hände —, ... 248
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Congress der —, ... 79
Diagnose und Eintheilung des Lichten ... 186
Dimidiata, Complication von Urticaria und Chorea —, nach Rheumatismus acutus ... 55
Diphtheria, Puerperal ... 61
Diphterie, Die Behandlung der —, ... 117
Diphtherie, Ein Vorschlag zur chirurgischen Behandlung der —, ... 121
Droguen und Apparate, Patentirte —, ... 71
Dysphasie und Ileotyphus ... 143
Dyspnoea (laryngo) spastica and Aphonia ... 255
Editorielles ... 26, 69, 117, 158, 211, 259
Ekzem mit Krebs der Brustdrüse, Ein Fall von — ... 227
Endarteriitis obliterans ... 119
Endarteriitis, über die Heilbarkeit der syphilitischen —, ... 66
Endocarditis, Die Beziehungen zwischen Chorea, Rheumatismus und — ... 240
Enlarged Heart, A case of enormously — with patent Foramen ovale, illustrating the law of compensation ... 112
Epiglottis, A case of congenital defect of the —, ... 252
Epithelioma of the Cervix uteri ... 62
Erkältung als Krankheitsursache ... 26
Ernährung der Kinder während der heissen Jahreszeit ... 69
Erysipelas, Zwei merkwürdige Fälle von Kehlkopf —, ... 254
Evolutionstheorie in St. Louis, eine Definition ... 83
Exchanges ... 73
Exstirpation, cancer of the uterus; its treatment with high amputation, compared with total —, ... 62
Exstirpation of the Uterus, a successful case of the total — ... 62
Exstirpation (Uterus), Ein Fall von totaler — und Nephrectomie mit glücklichem Erfolge ... 251
Exstirpationen, über — der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraume nebst Beschreibung eines neuen Instruments zu dieser Operation ... 252
Extrauterine Pregnancy changed to intrauterine by means of Faradization ... 60
Fallopian Tubes, Three cases of Removal of the Ovaries and — ... 62
Faradization, Extrauterine Pregnancy changed to intrauterine by means of —, ... 60
Faserverlauf, Einige Bemerkungen über den — in der hinteren Commissur des Gehirns ... 157
Favus, mikrologische Studien über Herpes tonsurans und —, ... 21
Fever, (Puerperal), The value of Antipyrine in —, ... 209
Fibres, Les — abductrices des récurrente, sont elles toujours affectées les premières ... 256
Fiebermittel, Das Antifebrin, ein neues —, ... 210
Foetus, Die Ursache der Rotation des — im Becken ... 141
Foramen Ovale, A case of enormously enlarged heart with —, illustrating the law of compensation ... 112
Fracture of the coracoid process of the scapula ... 250
Fractures, A rapid method in —, ... 250
Frauen, zur Prophylaxis des Hängebauchs der —, ... 63
Frühgeburt, Die combinirte Wendung nach Braxton Hicks bei Einleitung der künstlichen —, 64
Gastric ulcer and perforation of the stomach; Addison's disease associated with — (Post mortem) ... 110
Gaumen, klonische Krämpfe des weichen —, mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminus neurose ... 253
Geburtshilfe, Gynäkologie und —, ... 60
Gehirn, einige Bemerkungen über den Faserverlauf in der hinteren Commissur des— ... 157
Gemüthserregung und Aphasie ... 150
Glandula pinealis, zur Anatomie der— ... 16
Glottidis, zur Behandlung des Spasmus—phonatorius ... 255
Glottiserweiterer, Lähmung der—, als initiatives Symptom der Tabes dorsalis ... 256
Gonorrhöe, die abortive Behandlung der ... 68
Gründung einer deutschen medizinische Gesellschaft ... 45
Guddens' Arbeiten über Schädel- und Knochenwachsthum ... 193
Gynäkologie und Geburtshilfe ... 60
Hamilton's (Prof.) Theory concerning the corpus callosum, on— ... 12
Hamilton, Frank Hastings, Nekrolog ... 165
Haemostaticum, die Wurzelrinde der Baumwollenstaude als uterines ... 231
Hängebauch der Frauen, zur Prophylaxis der—, ... 53
Harvard's Jubiläum ... 263
Haut, Xeroderma pigmentosum und idiopathisches multiples Pigmentsarkom der—, ... 23
Hauttuberkulose, über eine neue Form der—, ... 23
Heart; A case of enormously enlarged — with patent Foramen ovale illustrating the law of compensation ... 112
Hemiplegie, über syphilitische ... 15

Seite

Heisse Vollbäder, zu der wehenerregenden Wirkung —, ... 63
Hereditäre Syphilis, Symmetrische Synovitis des Kniees bei —, ... 67
Herpes tonsurans und Favus, mikrologische Studien über ... 21
Herz- und Lungengeräusch, über ... 47
Hippocampo, sulla fisiologa del grande ... 154
Hirnschenkelfuss, ein neuer Fall von Degeneration der äusseren Portion des —, ... 155
Hirnschenkelfuss, ein Fall von totaler Degeneration eines ... 156
Hospital, ein neues ... 158
Hospital, Logen- und Vereins —, von New York ... 160, 215
Idiopathisches multiples Pigmentsorkom der Haut, über Xeroderma pigmentosum und ... 23
Ileotyphus und Dysphagie ... 143
Inhalationen (Stickstoff —), zur Casuistik der mit Dr. Treutlers — behandelten chronischen Lungenkrankheiten ... 114
Innere Medizin, Therapie und Pathologie ... 109
Internationaler (neunter) medizinischer Congress. Das Circular No. 2 über den —, ... 162
Intrauterine pregnancy by means of Faradization; Extrauterine in pregnancy changed to —, ... 66
Jodism ... 113
Jodoform oder Jodol ... 97
Jodoform-Boluspaste bei Verbrennungen ... 164
Jodol oder Jodoform ... 97
Jubiläum, Harvard's ... 263
Kehlkopf — Erysipelas, zwei merkwürdige Fälle von —, ... 254
Kehlkopfstenose, zwei Fälle von —, ... 258
Keloid, ein Fall von —, ... 233
Kinder-Ernährung während der heissen Jahreszeit ... 69
Kleptokokkus, der —, ... 31
Klinik (medizinische —), Pathologie und Therapie ... 201
Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminusneurose ... 253
Kniee, Symmetrische Synovitis der — bei hereditärer Syphilis ... 67
Knochen-Wachsthum, Gudden's Arbeiten über Schädel- und ... 193
Kontagium der Syphilis, über das —, ... 237
Krankheitsursache, Erkältung als —, ... 26
Krebs, ein Fall von Ekzem mit — der Brustdrüse ... 227
(Kyste) sanguine de larynx et Polype muqueuse ... 257
Lähmung der Glottiserweiterer als initiales Symptom der Tabes dorsalis ... 256
Larynge (centre cortical); Paralisies vocales d'origine cérébrale ... 257
Laryngé, Nerf —, Trois cas de compression du —, etc ... 255
Laryngeal vertigo ... 255
Laryngologie und Rhinologie ... 251
Larynx, l'acid lactique comme moyen curatif des ulcerations tuberculeuses du —, ... 253
Larynx, The removal of foreign bodies from the —, ... 257
Larynx, tumeur sanguinne du — et Polype muquense ... 257
Lauer, Eugen Dr., Nekrolog ... 266
Leberthran; Morrhuol, der wirksame Bestandtheil des —, ... 204
Lepra, Dr. E. Arning's Bericht über —, ... 244
Lepra tuberosa, ein Fall von —, ... 20
Leptothrix tonsillaris chronica ... 164
Lichen, Eintheilung und Diagnose des —, ... 186
Logen- und Vereins-Hospital von New York ... 160
Luftröhrenknorpel, Papillom vom 5ten — auf laryngoskopischem Wege entfernt ... 258
Lungenabscess und Pleuritis eines fünfjährigen Knaben. Operative Eingriffe—Heilung ... 93
Lungenchirurgie, über ... 251
Lungengeräusch, über Herz —, ... 47
Lungenkrankheiten, zur Casuistik der mit Dr. W. Treutler's Stickstoff-Inhalationen behandelnten chronischen —, ... 114
Lungenschwindsucht, eine Statistische Studie als Beitrag zur Actiologie der —, ... 203
Lupus, of the throat ... 354
Lupus, über die Behandlung des — durch antiparasitäre Mittel ... 22
Maas, Prof., zum Andenken an ... 165
Magenkatarrh (chronischer), Dr. Delafield's Behandlung des —, ... 259
Maltin mit Cascara Sagrada ... 59
Mediastinal tumor. A case simulating a —, with special laryngeal symptoms ... 255
Medizin (Innere), Therapie und Pathologie ... 109
Medizinische Congress, Das Circular No. 2 über den neunten internationaler —, ... 162
Medizinische Gesellschaft, Gründung einer deutschen —, ... 45
Medizinische Klinik, Pathologie und Therapie ... 201
Menstruationsbinde, eine verbesserte ... 62
Mikrologische Studien über Herpes tonsurans und Favus ... 21
Miscellen, Dermatotherapeutische —, ... 24
Mitbewegung, eine eigenthümliche Erscheinung bei Tabes dorsalis ... 13
Mittheilungen, kleine —, ... 31, 81, 121, 164, 267
Morphium, Vergiftung bei einem Kinde, ein Fall von — ... 192
Morrhuol, Das wirksame Bestandtheil des Leberthrans ... 204
Mortalitätsbericht für Februar 1886 in San Francisco, Cal ... 46
Mundathmung, ihre Ursachen, practische Bedeutung und Behandlung ... 1
Muqueuse (Polype), et kyste sanguine du larynx ... 257
Mutterkornpräparate, über —, ... 63
Myelom, Physiologische Vorbilder des Carcinoms und Alveolar ... 181
Nasenrachenraum, über Exstirpationen der adenoiden Wucherungen im —, nebst Beschreibung eines neuen Instruments zu dieser Operation ... 252
Naturforscher- und Aerzte-Tag in Berlin, der 59te ... 214
Necrose, Syphilitische — des Atlas ... 67
Nekrolog, Heinrich Auspitz ... 92
" Gustav Bandl ... 265
" Frank Hastings Hamilton ... 165
" Eugen Lauer ... 266

Seite

Nephrectomie, Ein Fall von totaler Uterus — Exstirpation und — mit glücklichem Erfolg. ... 251
Nerf laryngé, Trois cas de compression du — etc ... 255
Neue Krankheit, über eine — in Brasilien beobachtete ... 22
Neurologie und Psychiatrie ... 151
Neuro-Psychosen, Mittheilungen über gewisse Formen von —, welche die Tuberculose begleiten und häufig markiren ... 137
Niere, Mangel einer —, chronische Nephritis; Suppressio urinae ... 235
Normale Opticustheilung, über eine —, ... 11
Obliterans, Endarteriitis —, ... 119
Ohrgeräusch, klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem — in Folge von nasaler Trigeminus neurose ... 252
Ophthalmologie ... 6
Opium Poisoning, Interesting cases of — Atropine as an Antidote, etc ... 206
Opticustheilung, über eine normale —, ... 11
Orbita, über Abscessbildung in der —, nach acutem Schnupfen — ... 6
Ovaries, Three cases of Removal of the — and Fallopian Tubes ... 62
Papillom am 5. Luftrohrenknorpel auf laryngoskopischem Wege entfernt ... 258
Paralyse, über die Beziehungen der progressiven — zur Syphilis ... 17
Paralysie des muscles crico — arytenoidiens postérieurs, Tuberculose pulmonaire, Tabes dorsalis ... 256
Paralysis, on subacute anterior spinal — in the adult ... 16
Paralysies totales, d'origine cérébrale; centre cortical larynge ... 257
Paralysed vocal bands, concerning the positions of — ... 257
Parietal convolution, old amputation of left upper arm associated with an atrophied right ascending ... 151
Patentirte Droguen und Apparate ... 71
Pathologie, Innere Medizin, Therapie und —, ... 109
Pathologie, Therapie und Medizinische Klinik ... 201
Peptones, on — ... 209
Perforation of the stomach; Addisons Disease associated with gastric ulcer and —, (Post mortem) ... 110
Perineum, a unique case; Urinary calculus sloughed out through the —, ... 251
Personalien ... 91, 135, 225
Pharmakologie und Toxicologie ... 204
Pharmazeutische Präparate, Fortschritte in der Fabrication der —, ... 124
Pharynx, Abnormal Artery of the —, ... 251
Pharynx, Des troubles nerveux qui compliquent parfois les affections du —, ... 254
Pharynx, Report of a case of tubercular ulceration of the —, ... 253
Phonatorius, Spasmus glottidis —, zur Behandlung des —, ... 255
Physiologische Vorbilder des Carcinoms und Alveolar-Myeloms ... 181
Pigmentsarkom der Haut, Xeroderma pigmentosum und idiopathisches multiples —, ... 23
Pigmentosum, Xeroderma —, und idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut ... 23
Pinealis, zur Anatomie des glandula —, ... 16
Placenta Praevia, Treatment of —, ... 60
Pleuritis und Lungenabscess eines fünfjährigen Knaben, Operative Eingriffe, Heilung ... 93
Polklinik, Allgemeine — in Wien ... 211
Polype muqueuse et kyste sanguine du larynx ... 257
Praevia, Treatment of Placenta —, ... 60
Pregnancy, Extrauterine — changed to intrauterine by means of Faradization ... 60
Prophylaxis, zur —, des Hängebauchs der Frauen ... 63
Psychiatrie und Neuralogie ... 11, 151
Psychosen (Neuro —,) Mittheilungen über gewisse Formen von —, welche die Tuberculose begleiten und häufig markiren ... 137
Psychotis des Carum Ajovan ... 204
Puerperal Diphtheria ... 61
Puerperal Fever, The value of Antipyrine in —, ... 209
Rapid method in Fractures, A —, ... 250
Referate ... 6, 60, 109, 151, 201, 248
Removal of the Ovaries and Fallopian Tubes, three cases of —, ... 62
Respiration (Artificial —) Interesting cases of Opium poisoning, etc ... 206
Resuscitation of the Patient; A case of "post mortem" Stacheotomy with — ... 249
Retroflexion of the Uterus, a case of — treated by daily replacement and the supporting Tampon ... 60
Rheumatismus acutus, Complication von Urticaria und Chorea, dimidiata nach —, ... 55
Rheumatismus, Die Beziehungen zwischen Chorea —, und Endocarditis ... 240
Rhinochirurgische Heilung, Die Beziehungen der erkrankten Nasenschleimhaut zum Asthma und dessen —, ... 252
Rhinologie und Laryngologie ... 251
Rotation, Die Ursache der — des Foetus im Becken ... 141
Salol ... 213
San Francisco, Cal, Mortalitätsbericht für Februar 1886 ... 46
Sanguine tumeur du larynx (Kyste) et Polype muqueuse ... 257
Scapula, Fracture of the coracoid process of the —, ... 250
Schädel- und Knochen- Wachsthum, Gudden's Abeiten über —, ... 193
Scharlach und Aphasie ... 147
Schlachtfeld, zur Antiseptik auf dem —, ... 248
Schweinernes, Chemisches und —, ... 32
Sclerosis, A case of amyotrophic lateral —, with clonus of the lower jaw ... 12
Selecta ... 198
Sklerose, Die Therapie der Spinal —, ... 99
Sitzungsberichte: Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie ... 79, 223
" Medizinisch Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend ... 129, 241, 270
" Wissenschaftliche Zusammenkünfte deutscher Aerzte von New York .. 39, 75, 170
Spasmus glottidis phonatorius, zur Behandlung des —, ... 255
Spastica, Dyspnoea (laryngo—) and Aphonia ... 255
Spinal Paralysis in the adult, on subacute anterior —, ... 16

Seite

Spinal-Sklerose, Die Therapie der —, ... 99
Sprachstörung, über —, ... 142
Statistische Studie, eine —, als Beitrag zur Aetiologie der Lungenschwindsucht ... 203
Stickstoff-Inhalationen (Dr. Treutler's), zur Casuistik der mitbehandelten chronischen Lungenkranken ... 114
Stomach, Addison's Disease associated with gastric ulcer and perforation of the —, (post mortem) ... 110
Subacute Anterior Spinal Paralysis in the adult, on —, ... 16
Sulla eminenza quadrienza, Tumore adiposo —, ... 154
Sulla fisiologa del grande hippocampo ... 154
Suppressio Urinae; Chronische Nephritis; Mangel einer Niere ... 235
Surgical notes of the case — book of a general practicioner ... 250
Synovitis (symmetrische) des Knies bei hereditärr Syphilis ... 67
Syphilis, über die Beziehungen der progressiven Paralyse zur —, ... 17
Syphilis, über die Grenze des contagiöses Stadiums der —, ... 65
Syphilis, über das Kontagium der —, ... 237
Syphilis, über die Therapie der —, ... 64
Syphilitische Endarteriitis, über die Heilbarkeit der —, ... 66
Syphilitische Hemiplegie, über ... 15
Syphilitische Necrose des Atlas ... 67
Syphilologie ... 64
Tabes dorsalis, Lähmung der Glottiserweiterer als initiatives Symptom der —, ... 256
Tabes dorsalis, über eine eigenthümliche Erscheinung (Mitbewegung bei —, ... 13
Tampon, A case of Retroflexion of the Uterus treated by daily replacement and the supporting —, ... 60
Technik, zur antiseptischen —, ... 63
Thallin, Antifebrin und Antipyrin ... 213
Thallin als Antipyreticum, über —, ... 210
Therapie der Spinal- Sklerose, die —, ... 99
Therapie der Syphilis, über die — ... 64
Throat, Lupus of the —, ... 254
Todesursachen, Vergleichende Tabelle, etc ... 180
Todtenliste ... 90, 136, 226
Toga, Werden Sie die — abwerfen? ... 159
Tonsurans, mikrologische Studien über Herpes —, und Favus ... 21
Toxikologie und Pharmakologie ... 204
Tracheotomy, A case of "post mortem" — with resuscitation of the patient ... 249
Tracheotomy, tubes with cases, the delayed removal of —, ... 258
Treutler, Dr., Zur Casuistik der mit — Stickstoff-Inhalationen behandelten Lungenkranken ... 114
Trigeminus neurose; Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler —, ... 253
Tubercular ulceration of the Pharynx, Report of a case of —, ... 253
Tuberculeuses ulcerations du larynx, L'acide lactique comme moyen curatif des —, ... 253
Tuberculose, Mittheilung über gewisse Formen von Neuro-Psychosen, welche die — begleiten und häufig markiren ... 137
Tuberculose pulmonaire; Tabes dorsalis; Paralysie des muscles crico — arytéonidiens postérieurs ... 256
Tuberosa, ein Fall von Lepra —, ... 20
Tubes, Three cases of Removal of the Ovaries and Fallopian —, ... 62
Tumeur sanguine du larynx et Polype muqueuse ... 257
Tumor, A case simulating a mediastinal — with special laryngical symptoms ... 255
Tumore adiposo sulla eminemza quadrienza ... 154
Tumor der Zirbeldrüse, ein Fall von —, ... 151
Ulcer (gastric) Addison's Disease associated with —, and perforation of the stomach (post mortem) ... 11
Ulceration (tubercular) Report of a case of — of the Pharynx ... 253
Ulcerations tuberculeuses du larynx, L'acide lactique comme moyen curatif des —, ... 253
Unterschenkelgeschwüre, über die Ursache der —, ... 198
Urinary calculus sloughed out through the Perineum, a unique case of —, ... 251
Urticaria, Complication von — und Chorea dimidiata nach Rheumatismus acutus ... 55
Uteri, Epithelioma of the Cervix —, ... 62
Uterine Appendages; Is the disease of — as frequent as it has been represented? ... 61
Uterines Haemostaticum, Die Wurzelrinde der Baumwollenstaude als —, ... 231
Uterus, a case of Retroflection of the — treated by daily replacement and the supporting Tampon ... 60
Uterus, A successful case of the total Exstirpation of the —, ... 62
Uterus, Cancer of the —; its treatment by high amputation compared with total Exstirpation. 62
Uterus-Exstirpation und Nephrectomie, Ein Fall von totaler- mit glücklichem Erfolg ... 251
Vaginal (total) Exstirpation of the Uterus, a successful case of —, ... 62
Verbrennungen, Jodoform-Boluspaste bei —, ... 164
Vereins- und Logen-Hospital von New York ... 160
Vergiftung (Morphin), bei einem Kinde, ein Fall von —, ... 192
Vertigo, Laryngeal —, ... 255
Vocal bands, Concerning the positions of paralysed —, ... 257
Vocales paralysies d'origine cérébrale: centre cortical larynge ... 257
Vollbäder, Zu der wehenerregenden Wirkung heisser —, ... 63
Vomiting (biiious) ... 112
Wehenerregende Wirkung heisser Vollbäder, zu der —, ... 63
Weir Mitchell — Playfair'sche Cur; welche Bedeutung können wir der in neuerer Zeit mehrfach genannten — beilegen? ... 201
Wendung, Die kombinirte —, nach Braxton Hicks bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt. 64
Wucherungen im Nasenrachenraume, über Exstirpationen der adenoiden — nebst Beschreibung eines neuen Instruments zu der Operation ... 252
Wurzelrinde, Die — der Baumwollenstaude als Uterines Haemostaticum ... 231
Xeroderma pigmentosum und idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut ... 23
Zirbeldrüse, Ein Fall von Tumor der —, ... 151
Zittern, Beitrag zur Kenntniss des —, ... 13

Verzeichniss

der in Band II. der "New Yorker Medizinische Presse" besprochenen

Bücher, Monographien, Etc.

Seite

Der Blutkreislauf der Ganglienzelle von Dr. Albert Adamkiewicz 36
Mikroskopische Reactionen, von Dr. K. Haushofer 37
Der gegenwärtige Stand der Electrotherapie in Theorie und Praxis, v. Prof. Dr. A. Eulenburg. 37
Die Sterilität des Weibes, ihre Ursachen und ihre Behandlung, v. Dr. H. Kisch 84
Die Antisepsis bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit einem Anhange über den Gebrauch von Quecksilberchloroid als Desinfectionsmittel in der Geburtshilfe, von Dr. Camillo Fuerst 85
Erkenntniss und Behandlung der Frauenkrankheiten im Allgemeinen, von Prof. Dr. C. C. T. Litzmann 85
Anatomische, Pathologische und Klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille, von F. Trautmann 86
Grundriss der Augenheilkunde für practische Aerzte und Studirende, von Dr. S. Klein 89
Medicine of the Future, by A. Flint, sen 133
Treatise on the Diseases of the Nervous System, by W. A. Hammond, M. D 134
Grundzüge der anatomischen und klinischen Chemie, von Dr. L. Thudichum 135
Electricity in Medicine, by Dr. A. L. Ranney 135
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studirende und Aerzte. II. Th. Geschlechts Krankheiten, von Dr. E. Lesser 216
Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells, von Dr. F. Buerkner 216
Die Tragus-presse, ein neues einfaches Ohrenheilverfahren, von Dr. A. Hommel 217
Die Laryngitis haemorrhagica, von Dr. P. Struebing 217
Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbein-Labyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorgans, von Drs. Berger und Tyrman 218
Manual pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité nasopharyngienne. Dr. E. I. Moure 218
Analysis of the Urine, by Dr. K. B. Hofmann (Gratz), and Dr. R. Ultzmann (Wien), translated by Dr. B. Brune 219

Verzeichniss

der Mitarbeiter des II. Bandes der "New Yorker Medizinische Presse."

Dr. Bohn, H.
Dr. Beck, C.
Dr. Bernays, F. J.
Dr. Conrad, L.
Dr. Caillé, A.
Dr. Disse, J.
Dr. Degner, G.
Dr. Dulles, C. W.
Dr. Erichsen, H.
Dr. Freudenthal, W.
Dr. Gleitsmann, J. W.
Dr. Garrigues, H.
Dr. Heitzmann, C.
Dr. Hertzka, E.
Dr. Koehler, A.
Dr. Kucher, J.
Dr. Leviseur, F.
Dr. Landesberg, M
Dr. Morvay Rottenberg,
Dr. Miller, J. S. [Ignatz.
Dr. Nicolai, C.
Dr. Ramdohr, C. A. von
Dr. Rachel, Geo. W
Dr. Rosenstirn, J.
Dr. Smith, D. T.
Dr. Spitzka, E. C.
Dr. Stewart, R. W.
Dr. Tiegel, E.
Dr. Tagushi, K.
Dr. Weber, L.
Dr. Waldstein, L.
Dr. Waechter, C.
Dr. Weiss, L.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. II. New York, Juni 1886. No. 1.

Mundathmung, ihre Ursachen, practische Bedeutung und Behandlung.

Dr. J. W. Gleitsmann,

Instructor an der New York Polyclinic und Arzt an der Deutschen Dispensary, Hals- und Ohren-Abtheilung *)

Wenn ich mir erlaube, heute Abend zu Ihnen über ein Thema zu sprechen, das eigentlich keine pathologische Einheit, sondern mehr ein Name für einen Symptomencomplex ist, der verschiedenartigen Krankheitsformen gemeinsam angehört, so habe ich hierfür hauptsächlich zwei Gründe, einmal weil mich die Erfahrung gelehrt hat, dass der Gegenstand in der Praxis noch viel zu wenig beobachtet und gewürdigt wird, und andererseits, weil bei rechtzeitiger Erkenntniss desselben oft eine einfache, jedem Arzte zugängliche Behandlung den daraus resultirenden manchmal recht ernsthaften Uebelständen abzuhelfen im Stande ist.

Ich habe in einem Kreise wie der Ihrige nicht erst zu betonen, dass die Respiration durch die Nase die einzig normale ist, und wird dieser Punkt des Weiteren noch bei Besprechung der Symptomatologie erörtert werden. Wenden wir uns gleich der Betrachtung der Ursache zu, welche den abnormen Zustand bedingen. Dieselben sind mannigfacher Art und können in Anomalien der Nase, des Nasenrachenraumes und des Pharynx begründet sein. Ich beschränke mich auf Aufzählung der wichtigen und häufiger vorkommenden.

Vorn an der Nase beginnend, beobachten wir primäre, angeborene Verschliessung der Nasenlöcher durch Verwachsung der Schleimhaut, secundäre, erworben durch Syphilis, Verbrennung etc., ferner vereinzelte Fälle von Lähmung des levator alae nasi in Folge von Facialis-Paralyse. In der Nase selbst begegnen wir den chronischen Schleimhautschwellungen in Folge von hypertrophischer Rhinitis, welche am häufigsten an den Nasenmuscheln vorkommen, und wenn vorne gelegen, der Inspektion und Behandlung leicht zugänglich sind, am hintern Ende aber bloss durch den rhinoscopischen Spiegel erkannt werden und ein eingreifenderes schwierigeres operatives Verfahren erfordern. Ferner sehen wir Obstruktion der Nase bei Anwesenheit verschiedener Neubildungen, meistens Schleimpolypen, allen möglichen Fremdkörpern, die bei Kindern manchmal Jahre lang in der Nase verbleiben, bei Concretionsbildungen, den Rhinolithen. Die knorpeligen und knöchernen Bestandtheile der Nase verlegen dieselbe oft durch abnorme Auswüchse, selbst durch feste Leisten die von der Mitte an die äussere Wand gehen, und liefern die Verkrümmungen der Scheidewand ein häufiges ätiologisches Moment. Auch vollständige knöcherne Ver-

*) Vorgetragen vor der Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte v. N. Y. und U. am 7. Juni 1886.

wachsung der Choanen, eine abnorme Verlängerung des hintern Vomerendes, welche den Nasenrachenraum in zwei Hälften theilte und durch damit einhergehende Schwellungen nasale Stenose bedingten, sind beobachtet worden.

Im Nasenrachenraum sind es meistens entweder excessives Wachsthum bereits vorhandener normaler Gewebe, oder wirkliche Neubildungen, die der Luft den normalen Weg versperren. Von den ersteren sind die Hypertrophien der hinteren Muschelenden bereits erwähnt, ferner gehören hieher die im Kindesalter sehr häufigen adenoiden Vegetationen, welche eine abnorme Entwickelung lymphatischer Substanz darstellen, schliesslich die erst jüngst wieder hervorgehobene Cystenbildung der Bursa pharyngea. Unter den Neubildungen spielen Fibrome die grösste Rolle und erreichen dieselben manchmal kolossalen Umfang.

Im Pharynx bewirken hypertrophische Mandeln Abschluss des Nasenrachenraumes gegen den Luftstrom durch den Druck, den sie auf den weichen Gaumen ausüben, indem sie ihn nach oben und hinten drängen. Chronische Schwellung der Zunge —Makroglossus —linguale und sublinguale Geschwülste verdienen Erwähnung, syphilitische Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand kommen oft zur Beobachtung, wenn auch selten der Abschluss ein vollständiger ist.

Um die praktische Bedeutung des Mundathmens richtig zu würdigen, ist es nöthig sich die Folgen klar zu machen, welche die oben angeführten verschiedenen pathologischen Processe nach sich ziehen. Es lassen sich da am besten zwei Gruppen unterscheiden, einmal locale Folgezustände, die sich auf das erkrankte Organ selbst oder auf dessen nächstliegende Theile beziehen, und Veränderungen, die auch in andern Körperregionen ihren Ausdruck finden. Zu den ersteren gehören alle die Erscheinungen, welche wir bei nasaler Stenose beobachten. Ausser der Respiration ist auch die Geruchsperception wesentlich beeinträchtigt oder gänzlich aufgehoben, da zu ihrem Zustandekommen eine Circulation der mit den riechbaren Theilchen geschwängerten Luft in der Nase erforderlich ist. Da ferner die Resonanz der menschlichen Stimme auf Fortpflanzung der Schallwellen in die obersten Luftwege beruht, so leidet deren Wohlklang und die Sprache nimmt den nasalen Charakter an. Es ergeben sich, je nach der Art der Obstruction, noch qualitative Veränderungen des Timbre der Stimme, auf die aber hier nicht näher eingegangen werden kann. Sehr häufig sind Affektionen des Gehörorganes entweder durch direkte Fortpflanzung chronischer Entzündungsprocesse, oder durch mechanische Verlegung der eustachischen Röhre; die ganze Reihe der Ohrenleiden von einfachem Mittelohrcatarrh bis zu völliger Taubheit können hier vorkommen. Ausser dem Ohr sind von den nächstliegenden Organen am häufigsten Pharynx und Larynx in Mitleidenschaft gezogen. Da die eingeathmete Luft in der Nase nicht bloss von Staub gereinigt, sondern in Folge des längeren, zu passirenden Weges auch wärmer und feuchter in den Schlund gelangt, so ist im entgegengesetzten Falle die Entstehung von Erkrankungen des Pharynx und Larynx leicht zu verstehen. In der That finden wir bei unseren Kranken auch häufig chronische catarrhalische Pharyngitis, besonders die granulöse Pharyngitis, ferner aus denselben Gründen chronische catarrhalische Laryngitis. Schliesslich, auf die bei den verschiedensten Erkrankungen des obersten Respirationstraktes vorkommenden Reflexneurosen, von denen das

Asthma am meisten in die Erscheinung tritt, genüge es hier einfach hingewiesen zu haben.

Die zweite Gruppe von Erscheinungen — nämlich solche welche sich in den entfernteren Körpertheilen abspielen, — sind alle mehr oder weniger die mechanische Resultante der veränderten Athmung, und schon deshalb wichtiger als die vorhergehenden, weil sie bei längerem Bestehen irreparable Zustände schaffen, die keine Kunsthülfe mehr rückgängig machen kann. Von grösster Wichtigkeit ist die freie, nasale Respiration für Säuglinge, denen bloss bei solcher eine ungehinderte Nahrungsaufnahme ermöglicht ist. Wenn die Nase für die Luft verschlossen ist, muss bei jeder Athmung das Saugegeschäft unterbrochen werden, das Kind bekommt entweder nicht genügend Nahrung, oder wenn älter, schluckt die Nahrung ehe sie genügend gekaut ist, da während des Kauens die Respiration suspendirt wird. Welche Bedeutung dieser abnorme Modus für die weitere Entwicklung des Kindes hat, brauche ich hier wohl nicht aufzuführen; doch stehen Fälle, in denen Kinder unter solchen Verhältnissen bis zum Skelet abmagerten, nicht vereinzelt da.

Längere Zeit bestehendes Mundathmen beeinflusst ferner das Wachsthum des Brustkorbes, und wahrscheinlich auch der Zähne und des Gaumenfortsatzes des Oberkiefers. Um letzteres zu verstehen, ist es nöthig sich daran zu erinnern, dass bei normaler Athmung mit geschlossenen Lippen die Zunge dem harten Gaumen anliegt und ein negativer Druck von 2 bis 4 mm. Quecksilber in der Mundhöhle herrscht. Obwohl meines Wissens nach keine positiven Beweise vorliegen, so ist es doch in hohem Grade wahrscheinlich, dass die Saugkraft, die durch den negativen Druck ausgeübt wird, das raschere Durchbrechen der Milchzähne begünstigt, und dass andererseits bei ihrem Fehlen die horizontale Wölbung der Gaumenplatte beeinträchtigt wird, und wir dann einen steilen gewölbten harten Gaumen sich entwickeln sehen, der wiederum Veranlassung zu anderen Anomalien, z. B. sich später entwickelnder Deviation der Nasescheidewand geben kann. Ueber allen Zweifel jedoch steht der Einfluss der Mundathmung auf die Entwicklung des Brustkorbes. Am ausgeprägtesten bei chronischer Hypertrophie der Tonsillen findet sich diese Erscheinung auch bei den andern oben erörterten Processen und ist mit dem Namen „Hühnerbrust" belegt worden. Dieselbe besteht in einer ringförmigen Einschnürung des unteren Theiles des Brustkorbes mit gleichzeitiger abnormer Verwölbung des oberen Theiles. Die Einschnürungsstelle entspricht dem Ansatzpunkte des Zwerchfelles, das durch energische Contraktionen das Hinderniss der freien Respiration zu überwältigen versucht. Trotzdem geht die Athmung nur unvollständig von Statten, dem Blut wird nicht genug Sauerstoff zugeführt und die Folge davon sind schwächliche, kränkliche Kinder, welche auch oft in der geistigen Entwicklung zurückbleiben. Der veränderte Athmungsrythmus zeigt sich besonders im Schlaf, Mundathmer schnarchen, viele haben unruhigen, nicht erquickenden Schlaf. Die Zunge sinkt in Rückenlage bei offenem Munde leicht nach hinten und verursacht so Stenose der oberen Luftwege, welche nach einiger Zeit Veranlassung ist, dass der Patient aufwacht, eine tiefe Respiration macht, um dann wieder in den alten Rhythmus zurückzufallen.

Schliesslich drückt jahrelanges Mundathmen bei Erwachsenen dem Gesichtsausdruck einen Stempel auf, der nicht zu missdeuten ist. Der Mund steht offen, die Lippen sind eingezogen, die Zähne, besonders

des Oberkiefers stehen vor, die Nasolabialfalten verstreichen und das Gesicht gewinnt das Aussehen des Blödsinnigen, Kindischen.

Ich habe Ihnen hier in gedrängter Darstellung die hauptsächlichen Erscheinungen angeführt, die unsere Patienten charakterisiren und habe absichtlich nicht mit schwärzeren Farben gemalt, als sie die Wirklichkeit darbietet und wie Sie selbst Sich täglich davon überzeugen können. Die Wichtigkeit und Nothwendigkeit dem Uebel zu steuern, wird zur Genüge daraus hervorgehen. Die Mittel die uns zu Gebote stehen, sind vorwiegend chirurgische Eingriffe und richten sich selbstverständlich nach der Natur der vorhandenen Erkrankung. Angeborene oder erworbene Verwachsungen der Nasenlöcher müssen auf blutigem Wege beseitigt, knöcherne Brücken und Platten mit dem Meissel oder einer starken Zange gebrochen werden. Chronische Hypertrophien der Muschelschleimhaut trotzen in der Regel topischen Applicationen und werden wenn vorne gelegen am besten durch Caustica zerstört. Von diesen wird neben acidum nitricum, acidum aceticum glaciale und acidum chromicum die Galvanocaustik am meisten gebraucht. Diese Applicationen sind mit Ausnahme der Chrom- und Stickstoffsäure von reaktiver Schwellung gefolgt, welche Sie durch Cocain-Einpinslungen vor und nach der Operation in Schranken halten, aber nicht gänzlich verhindern können. Die Anwendung dieses Mittels ist bei allen Eingriffen in der Nase zu empfehlen, weil Sie dadurch nicht allein dem Patienten Schmerzen ersparen, sondern auch die Reflexthätigkeit aufheben und desshalb ungestörter arbeiten können. Für Polypen benütze ich mit Vorliebe die kalte Schlinge, welche ich Ihnen hier vorlege und die ich parallel mit dem Septum einführe, um dann mit seitlicher Drehung den Polypen möglichst hoch an seiner Ursprungsstelle abzuschnüren. Fremdkörper werden mit geeigneten Zangen, Häkchen, auch kleinen Cüretten oder löffelartigen Instrumenten entfernt, und ist anzurathen immer hinter den Körper zu gelangen bevor Extractionsversuche gemacht werden um der Gefahr zu begegnen ihn noch weiter nach hinten zu stossen. Rhinolithen müssen manchmal erst zerbrochen werden, ehe ihre Entfernung gelingt.

Für die Correction der Verbiegung der Nasenscheidewand sind viele Methoden empfohlen worden, von denen ich Ihnen als die am meisten im Gebrauch anführe: Ausschneiden des am meisten vorpringenden Theiles mittelst der Lochzange oder des Bistouri, letzteres wenn kein bleibender Substanzverlust geschaffen werden soll. Eine neuere Operationsmethode besteht in verticaler Trennung des Knorpels, Durchstechung desselben mittelst einer Nadel und Versenkung letzterer tief in den hinteren stationären Theil der entgegengesetzten Seite. Beträchtlichere Abweichungen, besonders bei Erwachsenen, werden Sie am besten mittelst der modifizirten Adams'schen Zange oder dem Steele'schen Instrumente beseitigen, von welchen beiden Sie hier ein Exemplar vor sich sehen. Die grösseren Knorpelvorsprünge, welche manchmal die ganze eine Nasenhälfte unwegsam machen, fand ich am leichtesten den Jarvis'schen Transfixionsnadeln mit darauffolgender kalter oder warmer Schlinge zugänglich und ist dasselbe Verfahren auch bei bedeutenderen vorderen Muschelhypertrophien zu empfehlen. Die Nadel wird durch den zu entfernenden Theil gestossen, die Schlinge um dieselbe geführt und das krankhafte Gewebe durch Abschnüren entfernt.

Die Jarvis'sche Schlinge ist meiner Erfahrung gemäss auch das beste Instrument, diese lästigen hinteren Muschelhypertrophien erfolgreich

zu operiren. Der aufgerollte Draht nimmt aus der Canüle hervorragend, eine Krümmung an, die am besten das Gewebe erfasst und die feine Schraube am Griff ermöglicht ein langsames Abschnüren, was zur Vermeidung einer Blutung anzurathen ist. Die Glühschlinge ist nun von den vielen Methoden, die für Nasenrachenfibrome empfohlen werden, wohl die praktischste und weist schöne Erfolge auf; doch werden in manchen Fällen wegen der Schwierigkeit, die Schlinge um den Polypen zu führen, die eingreifenderen Operationen — Blosslegung desselben durch vorhergehende nasale, maxillare oder Gaumen-Resektionen—immer ihre Berechtigung behalten. Auch für adenoide Vegetationen hat fast jeder Operateur ein Instrument, das er mit Vorliebe benutzt. Ich zeige Ihnen hier dafür geeignete Cüretten und eine Hohlmeisselzange, die ich fast ausschliesslich verwende. Ausserdem werden noch von Einigen von der Nase aus einzuführende Ringmesser gebraucht, von Anderen werden scharfe Löffel vorgezogen, in neuester Zeit ein gedecktes Messer warm empfohlen. Bei kleinen Kindern ist die Feststellung der Diagnose mittelst des rhinoscopischen Spiegels in der Regel unmöglich und muss mittelst Digitaluntersuchung gemacht werden. Dabei ist es von Vortheil, wenn mit dem Finger die weichen, schwammigen Massen hinter dem weichen Gaumen gefühlt werden, dieselben zu gleicher Zeit zu zerquetschen und mit dem Nagel soviel als möglich abzukratzen, und können mir hier einige befreundete Collegen bezeugen, dass ich damit gute Resultate gehabt habe.

Die Entfernung hypertrophischer Tonsillen ist eine so alltägliche Operation, das ich Ihnen gegenüber mich hierüber kurz fassen kann. Tonsillotome werden jetzt wohl von der Mehrzahl der Aerzte gebraucht, und sind alle nach zwei verschiedenen Principien gebaut, eine Art von hinten nach vorn, die andere von vorn nach hinten schneidend. Die Repräsentanten beider sehen Sie hier. Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand sind leichter zu lösen als offen zu erhalten und werden, natürlich mit Ausnahmen, keine sehr befriedigenden Resultate erzielt.

Nachdem Sie so auf eine oder die andere Weise den natürlichen Athmungsweg wieder hergestellt haben, ist oft noch Sorgfalt und Aufmerksamkeit nöthig, den Patienten an die ihm ungewohnte, normale Athmung zu gewöhnen, und sind auch Apparate angegeben worden, um während des Schlafes den Mund mechanisch geschlossen zu erhalten. Ich habe darüber keine Erfahrung, derselben auch nie benöthigt. Eine richtige Lagerung des Kopfes — ein wenig erhöht mit gesenktem Kinn bei Flachlage des Körpers —, ein sanftes Heraufdrücken des tiefstehenden Unterkiefers durch eine sorgsame Mutter manchmal während der Nacht, im Nothfall eine einfache Binde unter den Unterkiefer und über dem Scheitel befestigt, genügen wohl in den allermeisten Fällen. Dass natürlich Kinder, die durch ihre jeweilige Erkrankung herabgekommen sind und in ihrer Ernährung gelitten haben, hygienisch und medikamentös behandelt werden müssen, brauche ich Ihnen wohl nicht erst zu sagen.

Meine Herren! Ich habe versucht, soweit es die mir zugemessene Zeit erlaubte, Ihnen in kurzen Umrissen ein Bild eines Zustandes zu geben, das, wenn unbeachtet, oft nicht ohne bleibende Nachtheile für das Gedeihen Ihrer Patienten ist und dem Sie in vielen Fällen mit einfachen Mitteln abhelfen können. Wenn ich dazu beigetragen habe, dass Sie diesen Gegenstand einer naheren Prüfung unterziehen wollen, so ist der Zweck meines Vortrages erreicht.

REFERATE.

Ophthalmologie.

Bekanntlich versteht man unter Hemeralopie einen krankhaften Zustand des Auges, bei dem das Sehvermögen in der Dämmerung oder zur Nachtzeit mehr oder weniger vollständig aufgehoben ist. Ueber den Sitz der Krankheit waren bis jetzt die Ansichten der Autoren verschieden. Die Einen verlegten ihn in die Netzhaut, die Anderen in den Sehnervenapparat. In der neuesten Arbeit über den Gegenstand (Hemeralopie und Untersuchung des Lichtsinnes von Dr. Th. Trentel, *Graefe's Archiv für Ophthalmologie*, Bd. 11.) kommt Verfasser zum Schlusse, dass die Hemeralopie nicht auf einer Störung des Lichtsinnes, sondern auf einer solchen der Adaption an verminderte Beleuchtung beruht. Jeder mit gesunden Augen begabte Mensch befindet sich ganz in der Lage eines Nachtblinden, sobald er aus einem hellen in einen dunklen Raum tritt, auch er kann in derselben Minute selbst grosse Gegenstände nicht erkennen, nur mit dem Unterschiede, dass diese physiologische Nachtblindheit in Folge der Adaptation sich in kurzer Zeit verliert, während dies beim Hemeralopen entweder gar nicht, oder erst nach längerer Zeit geschieht. In Folge dieser anormalen Adaptation erscheint bei geringen Helligkeitsgraden Raum-, Farben- und Lichtsinn beim Hemeralopen herabgesetzt. Die pathologischen Veränderungen haben ihren Sitz ausserhalb des nervösen Sehapparates, wahrscheinlich im Netzhautepithel, dem Secretionsorgan des Sehpurpurs.

In No. 1 der N. Y. Med. Presse hat Ref. ausführliche Mittheilung über die *Enucleatio bulbi* gemacht, die durch Graefe als Ersatzmittel für die *Exenteratio bulbi* schon aus dem Grunde anempfohlen wurde, um in einzelnen Fällen die drohende Meningitis und eventuell den *Exitus lethalis* zu vermeiden, der nach der Enucleation, wenn auch selten, doch immerhin beobachtet wurde. In der Literatur finden sich 6 Todesfälle verzeichnet in Folge von *Enucleatio bulbi*, ihre Zahl ist aber sicher lich bedeutend grösser.

Griffith (Manchester) berichtet im *British Med. Journ.* 27. December 1884 über 2 Fälle von *Enucleatio bulbi* mit tödtlichem Ausgange. Ein 71jähriger Mann, wegen atrophischen Bulbus in Chloroformnarcose enucleirt, erlag am 6. Tage unter meningitischen Symptomen. Eine 48jährige Frau starb in gleicher Weise nach einer, wegen Panophthalmitis unter Chloroform vollzogenen Enucleation. Die gemachte Section beider Fälle ergab oberflächliche Vereiterung der Convexität der zugehörigen Hemisphären, besonders vorn und schläfenwärts; im ersteren Falle auch zwischen die Windungen und in den Subarachnoidalraum eindringend. Gehirnmasse normal, ebenso die Basis. Sichtbare Verbindungen der Heerde mit der Augenhöhle oder den Knochen liessen sich nicht nachweisen.

Ueber Abscessbildung in der Orbita nach acutem Schnupfen berichtet Dr. Arthur Hartmann in Berlin (*Berlin. Klin. Wochenschrift.* No. 21. 1884). Ein sonst gesunder 26jähriger Mann zeigt linkerseits erheblichen Exophthalmus (in Folge von retrobulbärem Abscess) mit ziemlich gleichmässiger Beweglichkeitsbeschränkung des Bulbus nach allen Richtungen, und stark übelriechen-

dem, eitrigem Ausflusse aus dem linken Nasenloche. Vor drei Wochen hatte Patient plötzlich eines Morgens heftige Kopfschmerzen in der linken Stirn- und Kopfhälfte mit Frost und Hitze gehabt, worauf in wenigen Stunden das linke Auge anschwoll und heraustrat. Acht Tage dauerten die Kopfschmerzen, dann nahmen die Beschwerden ab. Vor 6 Tagen traten vorübergehend nochmals Fieber und Kopfschmerzen auf. Durch Druck auf's linke Auge entleerte sich willkürlich ein eitriger, übelriechender Ausfluss aus dem linken Nasenloche; 14 Tage vor der Erkrankung will Patient an Schnupfen gelitten haben. Auf Entfernung eines Knochensequesters aus dem linken Nasenloche trat rasche Heilung ein.

In 3 Arbeiten, die Deutschmann (Göttingen) im *v. Graefe'schen Archiv für Ophthalmologie* veröffenlichte, hat er einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Nierenleiden und Cataractbildung zu begründen, und eine neue Form der Cataracta, die der "nephritischen" einzuführen gesucht. Er stützte sich dabei auf die Untersuchung von 305 Cataractkranken, deren Urin in 39 Fällen Eiweiss enthielt, wobei jedoch nur 18 Mal anderweitige, für chronisches Nierenleiden pathognomonische Bestandtheile im Harn sich vorfanden. Die Anwesenheit vor Eiweiss im Harn allein genügt Deutschmann, um die Diagnose einer chronischen Nephritis zu rechtfertigen.

In *v. Graefe's Archiv für O.* (Bd. XXX. 4.) legt Ref. die Resultate seiner Untersuchungen über den betreffenden Gegenstand nieder und prüft die Berechtigung Deutschmann's aus dem blossen Vorhandensein von Eiweiss im Harn auf chronische Nephritis zu schliessen,—welche Berechtigung er verwirft. Unter 376 Patienten mit nicht complizirter Linsentrübung zeigten 327 absolut normalen Harn. Zucker allein fand sich bei 3 Patienten, Zucker gleichzeitig mit Beimengungen von Eiweiss bei 2, und Eiweiss allein bei 44 Patienten, Von diesen letzteren zeigten jedoch nur 17 anderweitige für chronische Nephritis pathognomonische Bestandtheile im Harn. Bei den übrigen 27 Fällen war die Anwesenheit von Eiweiss im Harn bedingt durch *Cystitis chronica* in 5, *Pyelitis chronica* in 2, *Dyspepsia chronica* in 5 Fällen, Gonorrhöe, hochgradige Neurasthenie, Genuss von Cubebenkörner und Canthariden-tinctur in je einem Falle. In 2 Fällen waren Spuren von Eiweiss nur vorübergehend zu constatiren. Bei den Anderen war keine Ursache nachweisbar.

Die 17 Fälle von chronischer Nephritis betrafen 11 Männer (von 39—77 Jahren) und 6 Frauen (von 43—76 Jahren.) Einseitige Linsentrübungen fanden sich bei 4 Männern und einer Frau vor. Als Complicationen wurden beobachtet: Hyperthrophie des linken Ventrikels bei 4 Männern und einer Frau. Mitralklappenfehler und Hypertrophie des rechten Ventrikels bei einem Manne und einer Frau. Cirrhose der Leber bei einem Manne. Digestionsstörungen bei einem Manne und einer Frau. *Endarteriitis chronica* bei einem Manne und einer Frau.

In zwei Fällen bestanden nachweislich die Linsentrübungen schon vor der Entwickelung des Nierenleidens. In 7 Fällen war nicht zu eruiren, ob das eine oder das andere früher bestand. In 3 Fällen konnte mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Präexistenz der Nephritis angenommen werden. In 5 Fällen konnte Ref. im Verlaufe einer interstitiellen Nephritis selber die Entwickelung der Trübungen beobachten. Der Linsentrübung war in drei Fällen Retinalerkrankung vorhergegangen.

Die Möglichkeit ist nicht von der Hand zu weisen, dass Nierenleiden einen wichtigen Faktor in der Aetiologie der Linsentrübung abgiebt. Am ehesten würden die mit Retinalerkrankung gepaarten Fälle für eine Abhängigkeit der Linsentrübung von der Nephritis sprechen. Aber vorläufig bewegen wir uns doch nur im Gebiete der Hypothese. Das Material ist noch zu gering, um daraus weitgreifende Schlussfolgerungen zu ziehen. Die Frage zum Austrage zu bringen ist der Augenarzt allein gar nicht in der Lage. Der praktische Arzt, der Kliniker ist eher geeignet, darauf bezügliche Beobachtungen im grösseren Maasstabe anzustellen und daher vornehmlich berufen, das letzte, entscheidende Wort in der Sache zu sprechen.

In der Sitzung der *New Yorker Neurologischen Gesellschaft* am 1. December 1885 berichtet Dr. Hammond im Verlaufe seines Vortrages über „Unilaterale Hallucinationen," folgende 3 Fälle von einseitigen Gesichtshallucinationen.

1. Eine etwas schwächlich gebaute, aber geistig normal entwickelte Dame leidet seit einigen Wochen beständig daran, dass sie die verschiedenartigsten Gesichter sieht. Schliesst sie ein Auge, so sieht sie dieselben nur halb, und gar nicht bei Verschluss beider Augen. Bringt sie, durch Druck auf ein Auge, ihre Augen zum Schielen, so werden die Gesichter doppelt gesehen. Die Augen sind vollständig gesund. Einige Wochen vor der Erkrankung hatte sie sich viel mit der Betrachtung von Stichen römischer und griechischer Masken beschäftigt, die auf sie einen grossen Eindruck gemacht.

2. Ein junger Mann erhält einen Schlag aufs linke Ohr. Einige Wochen darauf bemerkt er, mitten in seiner Beschäftigung, eine schwarze Katze, unmittelbar vor ihm auf dem Boden sitzend. Er sieht erst seinen Irrthum ein, als er sich der Katze nähert, die um dieselbe Entfernung zurückweicht. Von da ab ist die Katze sein gewöhnlicher Begleiter. Sie wird nur mit dem linken Auge, an der Seite der stattgehabten Verletzung gesehen.

3. Eine 50jährige Dame, Gegenstand der Verfolgung durch anonyme Briefe, bemerkt mitten im Nachsinnen über den muthmaasslichen Absender dieser Briefe, vor ihrem Fenster, auf der Strasse, einen Mann und eine Frau. Sie hegt Anfangs keinen Zweifel über die Identität der Personen, die jedoch allmälig verschwinden, je mehr sie sich dem Fenster nähert. Die Erscheinung wiederholte sich im Verlaufe des Monats mehrmals. Der Mann wurde nur mit dem rechten Auge gesehen, die Frau mit dem linken. Schloss Patientin das linke Auge, so sah sie nur den Mann, schloss sie das rechte Auge, so sah sie nur das Weib. Nach Hammond gibt es zwei von einander unabhängige Gesichtscentren. Den Sitz der Störung verlegt er in den *Thalamus opticus.*

Das Februarheft des *Centralblattes fur praktische Augenheilkunde* bringt drei Mittheilungen, die allgemeines Interesse verdienen.

Dr. Wolffberg (Berlin) beschreibt einen Fall von abnormen Einfachsehen durch Illusion, ein Unicum in der medizinischen Literatur. Ein sonst gesunder, ziemlich intelligenter Hausdiener klagt, dass er statt zweier gleich aussehender Buchstaben oder Zahlen stets nur einen sehe, und demonstrirt sein Leiden folgendermaassen: Er schreibt eigenhändig ee und behauptet nur ein einziges e zu sehen; er schreibt 122 und sieht angeblich nur 12; er zeichnet zwei senkrecht parallele Striche und sieht

nur einen. Zugleich giebt er an, richtig zu sehen, sobald er die betr. Zeichen aus der Horizontalen in der Vertikale bringe oder wenn er den Kopf entsprechend drehe, aber dieses Mittel helfe nur im ersten Augenblicke. Das abnorme Einfachsehen findet mit jedem Auge allein ebenso statt, wie mit beiden Augen zusammen. An den Augen selbst ist nichts Abnormales zu finden.

Dr. Ancke berichtet aus Hirschberg's Augenklinik über einen Fall von Nachtblindheit nach Blutverlusten einer Schwangeren. Eine 38jährige Frau, im 9. Monate der Schwangerschaft, deren frühere Geburten glatt verlaufen, hatte zu verschiedenen Malen, bei eintretender Dunkelheit, eine Abnahme ihres Sehvermögens beobachtet, und ein Mal sogar totale Erblindung. In den letzten 14 Tagen waren 3mal aus der Genitalien starke Blutungen erfolgt, die sich einmal auch am Tage wiederholt. Irgend ein anderer Connex konnte nicht nachgewiesen werden. Die Person war vollständig gesund, gut genährt, von normaler Sehschärfe und normalem Augenhintergrunde. Ein ähnlicher Fall von Hemeralopie, verursacht durch Blutverlust zu Ende der Schwangerschaft, scheint nicht veröffentlicht worden zu sein.

Ueber Farbenscheu berichtet Dr. Hilbert. Mit diesem Namen wird der Zustand bezeichnet, in dem der Reiz einer objectiven Farbe in unangenehmem Sinne auf den betreffenden Patienten einwirkt. Der erste Fall von Farbenscheu, welcher sich in der Literatur befindet, stammt von Woinow, und betrifft einen Farbenblinden. Es besteht bei demselben Rothscheu. Hasner veröffentlicht drei Fälle und zwar einen von Weissscheu, einen von Rothscheu und einen von Blauscheu. Ihm schloss sich Schröter mit zwei Fällen an, einem von Blauscheu bei einem Patienten mit Atrophia nervorum opticorum und einem von Rothscheu bei einem sonst gesunden Manne. Meyerhausen beschrieb 2 Fälle von Rothscheu bei nervösen Individuen. Der Hilbert'sche Fall betrifft einen Rothscheuen, der seit frühester Jugend eine Idiosyncrasie gegen die rothe Farbe gehabt, und den schon als Knaben der Anblick rother Kleider u. dergl. in Unruhe und Aufregung versetzt hat. Der Eindruck der anderen Farben sowie auch glänzender Gegenstände oder hellen Lichtes lässt ihn unberührt. Die Augen sind sonst normal.

Im *Journal of nervous and mental diseases* (Vol. XIII. No. 2, February, 1886, berichtet Landesberg über sechs Fälle von Augenerkrankungen auf hysterischer Grundlage.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 13jährigen Knaben, der an hysterischen Lach-, Wein- und Hustenkrämpfen litt und eine verminderte cutane Sensibilität der linken Körperhälfte aufwies. Das Augenleiden bestand in hochgradigem Accomodationskrampfe und in Contractur des R. Internus am linken Auge. Letztere verschwand in der Aethernarcose, um aber nach Aufhören derselben wieder zu erscheinen. Der Accomodationskrampf hörte jedoch vollständig auf.

Im 2. Falle handelt es sich um hochgradige accommodative und retinale Asthenopie bei einem 23jährigen Mädchen, dass seit Jahren an den verschiedenartigsten hysterischen Erscheinungen nebst Perversion des Geruchssinnes litt. Der Gebrauch der Augen war unmöglich. Selbst das Sehen in die Ferne rief Druckerscheinungen im Kopfe hervor.

Der 3. Fall, eine 23jährige hysterische Dame, präsentirte eine linksseitige Neuralgie des Ciliarkörpers, dessen leiseste Berührung allgemeine Krämpfe und Bewusstlosigkeit hervorrief.

Im 4. Falle wurde eine temporale Hemianopsie mit starker Herabsetzung des centralen Sehens und Störung des Farbensinnes am rechten Auge einer 35jährigen nervös belasteten und hysterischen Dame beobachtet. Heilung durch Application von Kupferplatten an der rechten Schläfengegend.

Im 5. Falle handelt es sich um springende Amaurosis bei einer 37jährigen hysterischen Dame. Die Anfälle von totaler Erblindung bald des einen, bald des anderen Auges, traten plötzlich auf, um nach einer halbstündigen bis zwölfstündigen Dauer zu verschwinden. Die freien Intermissionen variirten von 2—7 Tagen. Irgend welche materiellen Veränderungen liessen sich an den betreff. Augen nicht nachweisen. Während eines Anfalles war das Sehvermögen auf blosse Lichtempfindung herabgesetzt.

Im 6. Falle wurde bei einer 22jährigen Dame mit hysterischer Aphonie eine concentrische Beschränkung beider Gesichtsfelder beobachtet, die sich erst in letzterer Zeit entwickelt hatte. Alle anderen Funktionen des Auges waren normal. Bei einer dreimaligen Untersuchung zeigte sich die Configuration der concentrischen Gesichtsfeldbeschränkung jedesmal verschieden.

Ueber seine Erfahrungen über das Lanolin berichtet Landesberg im *Medical and Surgical Reporter*, February 10th 1886. Er empfiehlt es als die beste Grundlage für Augensalben, dem alle anderen bisher gebräuchlichen bei weitem nachstehen. Es wird nicht ranzig, verhindert die Zersetzung des betreffenden Medicamentes und übt nicht den geringsten Reiz selbst auf ein sehr empfindliches Auge aus. Ausserdem lässt es sich auf dem Auge so fein zerreiben, dass kaum ein Fettglanz zurückbleibt. Der Apotheker rühmt dem Lanolin nach, dass es sich mit dem gegebenen Medicamente äusserst innig vermischt, wodurch eine Salbe hergestellt werden kann, die in der Gleichmässigkeit der Beschaffenheit unerreicht dasteht. Ausser für Augensalben hat L. das Lanolin auch noch als Vehikel für Zink-, Belladonna-, Aconit- und Veratrinsalben benutzt, und konnte auch hier den Vorzug des Mittels über alle anderen Salbengrundlagen constatiren. Er empfiehlt bei heroischen Mitteln zu niedrigeren Dosen zu greifen, als man sonst zu thun gewohnt ist, da das Lanolin von der Haut äusserst schnell und vollständiger als jede andere Salbengrundlage absorbirt wird.

Im *New York Medical Journal* (2. Januar 1886) berichtet Dr. Hutchinson über einen Fall von toxischer Amblyopie, hervorgebracht durch lange fortgesetzten innerlichen Gebrauch von Jodoform. Derselbe betraf einen Mann, dem Bouchard (Paris) wegen Lungenleidens Pillen aus Jodoform und Creosot verordnet hatte. Nachdem Patient über ein Jahr lang täglich 6 Gran Creosot und 9 Gran Jodoform eingenommen, bemerkte er eine Abnahme seines Sehvermögens mit sehr schnellem Verfall desselben. Bei der Untersuchung nur S. $^1/_{10}$, in jedem Auge, mit gräulich-weisser Verfärbung der Pupillen. Gesichtsfeld intact. Farbenempfindung gut. Nach Aussetzen der Pillen mit subcutaner Anwendung von $^1/_{10}$ Gran Strychnin täglich erfolgte schnelle Besserung des Sehvermögens, rechts auf $^2/_{40}$, links auf $^{21}/_{70}$. Da aber mittlerweile das Allgemeinbefinden sich verschlimmerte, so wurde der Fortgebrauch der Pillen, mit Weglassung des Jodoform gestattet. Der körperliche Zustand besserte sich und die Sehschärfe hob sich rechts auf $^{20}/_{40}$,

links auf $^{20}/_{30}$. Bouchard, an den Patient über seinen Zustand geschrieben, erwiderte, dass er unter den vielen Tausenden von Fällen, in denen er Jodoform innerlich angewendet, keinerlei nachtheilige Folgen auf's Auge bemerkt habe.

Den interessanten Versuchen von Dr. J. N. Marshall (*Boston Medical und Surgical Journal* Febr. 1886) „über das Verhalten der Pupillen nach nach dem Tode" entnehmen wir folgende Schlussfolgerungen:

1. In den meisten Fällen sind zur Zeit des Todes die Pupillen erweitert. Die Erweiterung tritt meist unmittelbar nach dem Tode ein, und nur ausnahmsweise eine messbare Zeit nachher. Die Erweiterung ist eine Lähmungserscheinung, unabhängig vom jeweiligen Zustande der Pupille im Leben.

2. In den meisten Fällen findet nach dem Tode eine allmälige Zusammenziehung der Pupille statt. Gewöhnlich beginnt die Verengerung eine Stunde nach dem Tode und schreitet während der nachfolgenden 48 Stunden fort. Die Verengerung ist oft ungleich in beiden Augen, und wird weder durch einfallendes Licht noch durch die Todtenstarre beeinflusst.

3. Die Wirksamkeit des Atropin's auf die Pupille bleibt für einfache Eintröpfelungen etwa 4 Stunden nach dem Tode bestehen, und etwas länger wenn das Atropin in die vordere Kammer eingespritzt wird. Die Erweiterung der Pupille beginnt nach dem Tode fast eben so schnell, wie im Leben, ist jedoch nach dem Tode weniger ausgiebig und weniger anhaltend.

4. Eintröpfelungen oder Einspritzungen von Eserin bewirken Zusammenziehung der Pupille, aber die Zeitdauer, innerhalb welcher nach dem Tode eine Wirkung noch erzielt werden kann, ist kürzer bei Eserin als bei Atropin.

5. Eintröpfelungen von Ergotin nach dem Tode üben auf die Pupille keine Wirkung aus. Aber Einspritzungen von Ergotin in die Iris oder in die vordere Kammer bringen eine Zusammenziehung der Pupille mindestens innerhalb der ersten zwei Stunden nach dem Tode zu Stande.

6. Pilocarpin, ins todte Auge eingespritzt, bringt leicht myotische Wirkungen hervor.

7. Abzapfen von Humor aq. nach dem Tode beeinflusst den Stand der Pupille nicht.

8. Mit dem Tode tritt Schlaffheit der Iris ein.

Dr. M. Landesberg, New York.

Psychiatrie und Neurologie.

J. Stilsing.—Ueber eine normale Opticustheilung.—*Arch. f. mikr. Anatomie.* Band XXVII., Heft 1, S. 179.

Vor Kurzem fand Verfasser bei einer Sektion im Strassburg'schen pathologischen Institut eine eigenthümliche, bis jetzt noch nie beschriebene Opticustheilung. Auf der unteren Fläche des linken *Tractus opticus* lag ein zweiter dünner Strang lose auf. Dieser Strang entsprang mit mehreren deutlich ausgeprägten Zacken von der unteren Fläche des *Corpus geniculatum laterale*. Gegen das vordere Drittel seines Verlaufes—gegen das Chiasma zu—nahm der Strang ein zweites Bündel auf, welches von der *Substantia perforata antica* herkam. Von da ab theilte

das ganze Bündel sich vierfach. Die drei stärkeren Züge verliefen ungekreuzt an der äusseren Seite des linken Sehnerven und daselbst vollständig vom Hauptstamm durch eine besondere Scheide getrennt, bis zum Auge. Das vierte, beträchtlich schmälere Bündel wandte sich nach der anderen Seite, der rechten, und ist seiner Lage nach als gekreuztes Bündel anzusehen.

C. E. Beevor.—On Prof. Hamilton's theory concerning the corpus callosum. *Brain.* April 1886. p. 63.

Nach Bekämpfung und Verwerfung der Theorie des Prof. Hamilton, kommt Verfasser durch seine vergleichend-anatomischen Untersuchungen, namentlich an Affenhirnen, zu folgenden die gewöhnliche Auffassung bestätigenden Resultaten:

1. Der Balken bildet eine zwischen beiden Hemisphären befindliche Commissur;
2. Die Fasern der inneren und äusseren Kapsel treten in den Balken nicht zu dem Zwecke über, eine Kreuzung in die gegenüberliegende Rinde zu vollziehen; auch ist keine ersichtliche Kreuzung in der Mittellinie des Balkens nachweisbar;
3. Die *Corona radiata* ist wirklich was ihr Name besagt und keineswegs wie H. behauptet, etwas Nichtexistirendes.

C. Beevor.—A case of amyotrophic lateral sclerosis with clonus of the lower jaw.

A. de Watteville.—A note on the jaw-jerk, or masseteric-tendon reaction in health and disease. — *Brain.* January, 1886. (Nach einem Referate in Erlenmeyer's *Centralblatt.* 9. Jahrgang, No. 3. 1886)

Beevor berichtet folgenden Fall: Eine 46jährige Frau bemerkte plötzlich Lähmung der linken Mundhälfte, und später Taubheitsgefühl und Schwäche im linken Arm. Vier Monate nach Auftreten des ersten Symptoms zeigten sich die Erscheinungen der Bulbärparalyse; nach weiteren drei Monaten begann auch der rechte Arm schwach zu werden. Bei der Aufnahme, 9 Monate nach Beginn der Erkrankung, fand B. neben den gewöhnlichen Symptomen der Bulbärparalyse beträchtliche Abmagerung der linken Hand und des Vorderarmes, Schwäche der rechten Hand, mässige Rigidität beider oberen Extremitäten, aber die unteren gänzlich unbetheiligt. Das Kniephänomen war bedeutend erhöht; bei Knipsen auf das untere Ende jedes Radius trat lebhafte Contraction der Ellbogenbeuger auf. Fussclonus fand sich nicht, dagegen ein auffallender Clonus des Unterkiefers, der sich durch Abwärtspressen des Kiefers mittels der auf die Zähne gelegten Finger leicht erzeugen liess und so lange anhielt, als der Druck der Finger dauerte. Auch durch Schlag auf die Masseteren liess er sich hervorrufen. Leider konnte der Fall nicht weiter beobachtet werden, weil die Kranke sich der Behandlung entzog. Verfasser wirft die Frage auf, ob das Zähneklappern bei Frostgefühl nicht gleichfalls ein „Sehnenreflex" der Masseteren sei und ob nicht hierbei sämmtliche Reflexe erhöht seien.

A. de Watteville bemerkt hierzu, dass das nicht allgemein bekannte „Kieferphänomen" auch bei ganz gesunden Personen durch geeigneten Reiz hervorgerufen werden könne. Das Phänomen sei offenbar dem Kniephänomen analog und beruhe auf der plötzlichen Dehnung der

Masseteren und der übrigen Kaumuskeln. Am geeignetsten, um es zu erzeugen, sei ein plötzlicher Schlag, mit einem Perkussionshammer auf ein flach den Zähnen aufliegendes Papiermesser (Falzbein) und zwar dicht neben den Zähnen, während mit dem Messer der Unterkiefer vorher leicht herabgedrückt worden sei. Das Objekt der Untersuchung dürfe indessen die Kiefermuskeln nur so weit anstrengen, dass dem Druck nach unten begegnet würde. Auf diese Weise könne in vielen Fällen, besonders da, wo die gewöhnlichen Sehnenreflexe erhöht seien, mit Leichtigkeit ein lebhafter Clonus der Kaumuskeln erzielt werden. Sei das Phänomen erhöht, so genüge schon der Druck der Finger und Schlag auf diese zur Auslösung. Die Finger werden dann auf die Zähne oder auf die vorspringende Kieferleiste gelegt. In wie weit Verminderung, Fehlen etc. des Phänomens pathognomisch ist, will DE W. vorderhand nicht erörtern. Durch die graphische Darstellung auf der rotirenden Trommel hat er die Latenz der Contraction zu etwa 0,02 Secunde berechnet, dies sowohl bei gesunden wie bei kranken Individuen. Dies würde, schliesst Verfasser, einen ferneren Beweis dafür liefern, dass es sich bei solchen Erscheinungen um *Muskelcontractionen*, nicht um *Reflexe* handele, weil der kürzeste *Reflex*, der Schluss des Augenlides auf Lichteinfall, etwa 0,05 Sec. betrage.

R. STINTZING.—Ueber eine eigenthümliche Erscheinung (Mitbewegung) bei Tabes dorsalis.—*Erlenmeyer's Centralblatt.* 9. Jahrgang. No. 3. 1886.

Verfasser citirt einen Fall von *Tabes dorsalis*, der nichts Ungewöhnliches ausser einer eigenartigen Erscheinung bietet und bemerkt, dass seine Bemühung, in der Literatur einen analogen Fall zu finden erfolglos blieb.

Die eigenartige Erscheinung besteht nun darin, dass mit jedem willkürlichen Hustenstosse sich eine Beugebewegung im Hüftgelenk, deren Extensität der Intensität der Hustenstösse proportional war, zeigte.

Die Bewegungen erfolgten ohne Tremor, und eine willkürliche Unterdrückung des Phänomen's war dem Patienten nicht möglich. Verfasser ist der Ansicht, dass das geschilderte Phänomen in der Weise aufzufassen sei, dass eine coordinirte willkürliche Bewegung sich abnormer Weise auf Muskeln ausdehne, welche nicht in Beziehung zu der intendirten Bewegung stehen: also als Mitbewegung.

S. TALMA.—Beitrag zur Kenntniss des Zitterns.—*Deutsches Archiv für klinische Medicin.* Band 38. Heft I u. II.

Nach einer kurzen Einleitung über die verschiedenen Erscheinungsformen des Zitterns, charakterisirt T. eine Form desselben.

Ein 62jähriger Mann, *Potator strenuus*, stets gesund, empfand in den letzten zwei Jahren bei der Arbeit Zittern, erst im linken Bein, dann im rechten Arm, welches sich nach circa vier Monaten in allen Extremitäten verbreitete. Das Zittern nahm allmälig zu, so dass er zuletzt nicht mehr durch das Zimmer gehen konnte. Bei willkürlichen Bewegungen verschlimmerte sich das Zittern; ein in den Händen gehaltener Gegenstand wurde nicht selten zerbrochen. Nebenbei litt der Patient öfters an spontaner Zusammenziehung der Beine, welche meistentheils gegen den Bauch aufgezogen wurden—wesshalb es ihm unmöglich wurde, ohne Stütze zu stehen oder zu gehen. Wenn der Kranke eine Extremität gebraucht, so werden auch, obwohl schwächer,

in den anderen Extremitäten Zusammeuziehungen (Mitbewegungen) wahrgenommen. Klopfen auf die Sehnen und das Periost ruft äusserst starke reflektorische Zusammenziehungen der Muskeln hervor. Bei der geringsten Spannung der Achillessehne erfolgt das bekannte Fussphänomen. Klopfen auf ein Schlüsselbein erweckt Zusammenziehungen der Muskeln des Arms auf der anderen Seite. Reflexe sind erhöht. Verfasser stellt die Diagnose auf einen gereizten Zustand der motorischen Zellen der Vorderhörner des Rückenmarks. Demgemäss wird *Kalium bromatum* verordnet. Nach 9 g. ist Patient schon im Stande, grössere Spaziergänge zu machen. Die Erscheinungen besserten sich mehr und mehr nach weiterem Gebrauch des Mittels die fibrillären Zuckungen und das Zittern werden nicht mehr wahrgenommen, doch sind die Reflexe noch erhöht, und die Bewegungen kommen nur langsam zu Stande.

Hiernach werden zwei weitere Fälle mitgetheilt, die mit dem oben erwähnten in engem Zusammenhange stehen. Im ersten fand Zittern nach einem Wuthausbruch in der rechten Hand beim Schreiben statt. Es folgten erhöhte Sehnenreflexe, Zusammenziehungen ganzer Muskeln und Mitbewegungen. Allgemeine Gefühls-, Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen bestanden nicht. Im zweiten Fall entstand das Zittern im rechten Arm nach einem Schreck. Erhöhte Reflexe waren vorhanden. In beiden Fällen wurde *Kalium bromatum* mit Erfolg angewendet.

Verfasser bemerkt, dass „die Dreieinheit" (1. Zittern und unregelmässige Zusammenziehungen von Muskelbündeln und ganzer Muskeln bei willkürlichen Bewegungen, insbesondere bei starken Anstrengungen und bei den feineren Bewegungen — Schreiben, Sticken u. s. w., — welche die motorischen Ganglienzellen des Rückenmarkes stark in Anspruch nehmen, 2. Erhöhung der Sehnenreflexe, 3. starke Mitbewegungen in den Theilen, deren Nerven aus dem Rückenmark entspringen, besonders bei den Bewegungen, welchen ein grosser Widerstand geboten wird) auf eine pathologische Erhöhung der Reizbarkeit der motorischen Nervenzellen des Rückenmarkes hinweist und sehr oft vorkommt. So fand er auch die drei Bestandtheile der Dreieinheit vereint bei multipler Sklerose (4 Fälle), bei perniciöser, progressiver Anämie (1 Fall), und öfters bei Reconvalescenten von Abdominaltyphus. Er fand sie auch gelegentlich bei chronischer Myelitis und sah, darauf aufmerksam geworden, keinen einzigen Fall von letztgenannter Krankheit, bei dem die Willkürbewegungen mehr oder weniger vollkommen erhalten geblieben wären.

Die Muskelsteifheit hat Verfasser in der letzten Zeit bei Rückenmarkskrankheiten studirt: 1. bei *Hysteria gravis*, 2. bei *Myelitis diffusa*, 3. bei *Malum Pottii*. In keinem dieser Fälle waren die Muskeln permanent contrahirt. Er ist der Ansicht, dass „permanente Rigidität" der Körpertheile, durch Muskelcontraction — durch eine Rückenmarkskrankheit bedingt — fast immer nur eine scheinbare ist und sich bei genauer Untersuchung in starke reflektorische Reizbarkeit und damit zusammenhängende Muskelcontraction auflöst, sobald passiv Sehnen oder andere fibröse Theile mehr oder weniger plötzlich stärker gespannt werden. Bei der „spastischen Spinalparalyse" deutet auch Struempell die Rigidität in derselben Weise. In allen Fällen von Hirnkrankheit, welche Verfasser in der letzten Zeit darauf untersuchen konnte, fand er, falls eine sogenannte permanente Rigidität vorhanden war, dass diese nur dem Anscheine nach bestand, dass nämlich die Muskelcontraction entstand, sobald entweder die Kranken willkürlich

die Theile zu bewegen versuchten, oder diese etwas unvorsichtig passiv bewegt wurden. Nach Hirnblutungen bezieht sich die Rigidität auf eine absteigende Degeneration der motorischen Rückenmarksnerven dieser Theile.

Die Muskelcontraction beruht auf einer Reizbarkeit der motorischen Nervenzellen des Rückenmarks; letztere ist auch Ursache der Rigidität der Theile, wenn diese auf willkürliche Bewegungsversuche folgt. Die in den Willenscentren entstandenen Nervenwellen erreichen alle die besprochenen Rückenmarkszellen und lösen darin wieder centrifugal fortschreitende Nervenwellen aus, welche die Muskulatur zur Contraction bringen. Ist die Reizbarkeit dieser Nervenzellen sehr gross, sind sie hyperkinetisch, so sind abnorm starke Zuckungen in vielen Muskeln die Folge davon. Keineswegs hat man es hier mit „Contracturen" im Sinne des Chirurgen zu thun, und die „permanente Rigidität" ist hier nur eine scheinbare. Vom physiologischen Standpunkte aus sind auch wichtige Gründe gegen die Annahme einer permanenten Muskelcontraction einzuwenden; schon allein die nothwendige Ermüdung würde sie unwahrscheinlich machen.

Die Hyperkinese der motorischen Rückenmarkszellen kann die Folge sehr verschiedener Prozesse sein; so z. B. einer Lateralsklerose, multipler Sklerose, diffuser Myelitis, oder einer nur functionellen Veränderung, einer kyphotischen Knickung des Rückenmarks, circumscripter Blutung, acuter Erweichung oder noch anderer Prozesse.

Da das Zittern bei *Paralysis agitans* durch willkürliche Anstrengungen nicht gesteigert wird, muss das Zittern bei dieser Krankheit eine andere Genese haben. Das Gleiche gilt bei dem *Tremor senilis.*

Verfasser glaubt, dass das Zittern von einer Hyperkinese der Rückenmarkszellen abhängt, wenn zugleich die Sehnenreflexe verstärkt sind oder die bekannten Mitbewegungen bestehen; — jedoch, wie das Zittern fehlen kann, wenn die Sehnenreflexe ausserordentlich erhöht sind, so würden auch, obwohl es ihm unwahrscheinlich ist, die Sehnenreflexe normal und doch das Zittern auf die besprochene Weise entstanden sein können.

Zur Behandlung des Zitterns empfiehlt Verfasser geistige und körperliche Ruhe, Kalium bromatum, Chloralhydrat, Chloroform, Paraldehyd; Hydrotherapie scheint ihm fast unentbehrlich. Wenn die Reaktion der genannten Zellen eine sehr starke ist, so sind an erster Stelle warme Vollbäder indizirt. Kalte Abreibungen sind sehr zu empfehlen, wenn sie die Reizungserscheinungen nicht sofort steigern. Faradisation und Franklinisation schaden meistens; ein sehr schwacher galvanischer Rückenmarksstrom bringt wahrscheinlich keinen Nachtheil, vielleicht Vortheil. Wenn jedoch das Leiden lange gedauert und die Zellen erschöpft hat, so ist nicht eine beruhigende, sondern eine excitirende Behandlung zu empfehlen. Auch wenn die pathologische Hyperkinese nur kurze Zeit gedauert hat, aber mit einer starken allgemeinen Neurasthenie zusammenhängt, schaden meistens die Sedativa und nützen die Excitantia.

J. Althaus.—Ueber syphilitische Hemiplegie.—*Deutsches Archiv für klinische Medicin.* Band 38. Heft I u. II. S. 186.

Verfasser berichtet über einen 28jähren Gehülfen, der vor vier Jahren sich eine Lues zuzog. Scheinbar gesund geblieben, bemerkte der Kranke vor ungefähr einem Jahre, dass sein linkes Augenlid geneigt war, über das Auge hinabzusinken. Etliche Monate nachher wurde er

plötzlich von einem hemiplegischen Anfall betroffen, ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren. Die Untersuchung ergab Ptosis des linken Augenlides und innere und äussere Ophthalmoplegie, welche von Lähmung des Oculomotorius, Trochlearis und Abducens herrührte. Die Lähmung der rechten Seite war eine unvollständige. Bemerkenswerth ist die ausserordentliche Steigerung der Sehnenreflexe in der ganzen oberen Extremität. Vor einigen Jahren hatte Vf. darauf hingewiesen, dass eine colossale und ganz ungewöhnliche Steigerung der tiefen Reflexe in gelähmten Gliedern bei Hemiplegie auf den syphilitischen Ursprung der Erkrankung hinweist.

Was nun das Wesen und den Sitz der krankhaften Veränderung betrifft, so ist Verfasser der Meinung, dass es sich um ein Gumma an der Gehirnbasis und zwar an der inneren Oberfläche des Hirnschenkels und nahe der vorderen Fläche des Pons handelt, welches durch Compression zur Atrophie der drei Augennerven geführt hat.

Dyce Duckeworth. — On Subacute Anterior Spinal Paralysis in the Adult; *Lancet.* November 14, 1885.

Duckeworth erwähnt den Fall eines 23jährigen Mannes, der sieben Wochen vor seiner Aufnahme eine vollkommene Durchnässung erlitt und 4 Wochen später Prickeln und Erstarrung des rechten Fusses, sowie kurze Zeit darauf Steifigkeit des rechten Beines empfand. In ähnlicherWeise wurden dann erst das linke Bein und hierauf die beiden oberen Extremitäten, hauptsächlich die der rechten Seite afficirt. Seit dem Beginne der Krankheit entstand allmähliche Muskelatrophie und Parese.

Die Untersuchung des am 23. Juni 1885 aufgenommenen Patienten ergab Folgendes: Sensibilität normal. Kniephänomen abwesend. Keine Pupillenstarre. Muskeln schlaff, und von fibrillären Zuckungen ergriffen. Elektrische Reaction normal. Der Harn enthielt eine Spur von Eiweiss — welches übrigens während der Krankheit transitorisch erschien; sp. G. desselben 1007. Temperatur 99.2° F., später subnormal.

Was die Behandlung anlangt, so wurde unter Anderem Belladonna in aufsteigenden Dosen verordnet.

Vom 4. Juli an nahmen die Kräfte des bis jetzt noch immer schwächer gewordenen Kranken täglich zu, und drei Monate nach dem ersten Bestehen der Krankheit kehrte er wieder zur seiner Beschäftigung zurück.

L. Darkschewitsch. — Zur Anatomie der Glandula pinealis. *Neurologisches Centralblatt.* V. Jahrgang. No. 2. 1886. S. 29.

Durch vergleichend-anatomisehe Untersuchungen (am Frosch, Kaninchen, Hund, Affen, menschlichen Fötus) hat Verfasser die Unhaltbarkeit der von einigen Autoren ausgesprochenen Ansicht, dass die Glandula pinealis kein nervöses Gebild sei, genügend dargelegt. Es gelang ihm nämlich, in derselben unter Benützung der Weigert'schen Haematoxylintinction Nervenfasern mit Leichtigkeit nachzuweisen.

Durch eine genauere Untersuchung der Fasern glaubte er sich berechtigt, die folgenden Gruppen derselben aufzustellen: 1) Fasern aus der *Capsula interna;* 2) Fasern der *Striae medullares;* 3) Fasern aus Meynert'schen Bündels; 4) Fasern des *Tractus opticus;* 5) Fasern aus der hinteren Gehirncommissur.

Max Goldstein. — Ueber die Beziehungen der progressiven Paralyse zur Syphilis. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.* Band XLII Heft 2, S. 254.

In dieser Abhandlung theilt Goldstein seine persönlichen Erfahrungen in der *Maison de santé* mit.

Die Zahl der im Laufe der letzten 5 Jahre Aufgenommenen beziffern sich auf 466. Von den 177 weiblichen waren nur 3 paralytisch, deren keine Syphilis gehabt hatte. Von den 289 männlichen waren 121 Paralytiker; bei 22 der letzteren konnte vorhergegangene Syphilis nicht sicher konstatirt werden; von den übrig bleibenden 99 waren 49 wirklich syphilitisch inficirt. Die Hälfte der Paralytiker, und nur 11 unter 100 nicht-paralytischen Geisteskranken erwiesen sich als syphilis tisch inficirt.

Aus seiner Statistik ergibt sich, „dass, wenn Männer, welche Lues gehabt haben, psychisch erkranken, sie weit häufiger von der Paralysis als von einer anderen Psychose befallen werden, und dass ein auffallend grosser Theil aller Paralytiker kürzere oder längere Zeit vor Ausbruch der Geistesstörung Syphilis acquirirt hatte. Bezüglich der Frage, ob die Syphilis als eigentliche, direkte Ursache der Paralyse zu betrachten sei, verneint er dieselbe in ganz entschiedener Weise und zwar aus folgenden Gründen:

1. existiren keine klinischen Unterschiede zwischen der syphilitischen und nicht-syphilitischen Paralyse, obwohl solche von einigen Autoren angegeben, bei ihm jedoch nicht bemerkt worden sind — abgesehen von einer im Beginne der Paralyse auftretende Augenmuskellähmung, welche immer auf einen syphilitischen Ursprung deutet;

2. bot auch der pathologisch-anatomische Befund nichts dar, was einen syphilitischen Ursprung hätte bestätigen können; denn dieselben vorgefundenen anatomischen Veränderungen kommen ebensowohl der nicht-syphilitischen Paralyse zu;

3. liefert die Therapie, d. h. die antisyphilitische Behandlung gleichfalls einen Gegenbeweiss des luetischen Ursprungs der Paralyse. — Aus seinen Beobachtungen ging hervor, dass die antisyphilitisch behandelten Paralytiker nicht allein eine Verschlimmerung ihres Zustandes, sondern auch eine Verkürzung ihres Lebens erlitten. Dr. R. Mollenhauer, N.Y.

Chirurgie.

Experimentelle Untersuchungen über Thrombose haben J. C. Eberth und C. Schimmelbusch in Virchow's *Archiv* (Bd. 103, Hft. I) veröffentlicht.

Die Verfasser unterscheiden nun vier verschiedene typische Phasen der Circulation:

1. Der normale Blutstrom, der einen ausgesprochenen rothen Strom in seiner Achse und eine helle plasmatische Randzone hat. Der Blutstrom führt die rothen Blutkörperchen und seine relativ labilsten Elemente, die Blutkörperchen,*) in seiner Achse und zwar mit solcher Schnelligkeit dahin, dass ein Unterscheiden der einzelnen Blutelemente in ihm unmöglich ist, während an den Gefässwandungen in der Randzone wenige Leukocyten dahinrollen.

2. Geringe Verlangsamung der Circulationsgeschwindigkeit, welche eine erhebliche Vermehrung der Leukocyten zeigt, die die Gefässwände förmlich austapeziren.

*) Vor fünf Jahren von Bizzozero entdeckt.

3. Beträchtliche Abnahme der Stromenergie, welche mehr und mehr Blutplättchen in der plasmatischen Randzone erscheinen lässt, bei gleichzeitiger Verminderung der Leukocyten durch theilweise Auswanderung.

4. Die Stagnation, welche eine bunte Vertheilung aller Blutelemente im Gefässlumen zeigt.

Die Läsion der Gefässwand oder die Berührung des Blutstromes mit etwas Abnormen für sich genügen nach E. & S. nicht, um Thrombose zu erzeugen. Es ist dazu nöthig, dass in einem Gefässe mit nicht mehr intakten Innenflächen eine Stromverlangsamung stattfindet. Dann werden die Blutplättchen in die Randzone und an die Gefässwände geschleudert, wo sie eine von E. & S. „viscös" genannte Umwandlung erfahren. Diese nun befähigt sie mit einander zu verkleben, und an der Gefässwand haften zu bleiben, und so den Thrombus zu bilden. Daher ist die Tendenz zur Thrombose um so grösser, je geringer die Stromenergie (Venen) ist und je mehr die Achsenströmung schwindet (Capillaren).

Schon Hayem und Bizzozero behaupteten, dass die Blutplättchen beim Säugethier eine hervorragende Rolle bei der Thrombenbildung spielen, ohne dass in den Anfangsstadien etwas von Fibrin zu sehen ist; dies wird durch Obiges bestätigt.

Die Blutgerinnung hat mit der Bildung dieses Thrombus nichts zu thun, sondern diese resultirt aus folgenden zwei Momenten:

1. Eine Störung der mechanischen Verhältnisse des Blutstromes und

2. Eine viscöse Metamorphose der Blutplättchen, welche allein unter den Formelementen des Blutes die Fähigkeit erlangen, zu kleben.

Nach *Ctrlbl. f. Chirurg.* No. 42. 1885.

Das neueste Material für Pulver-Verbände ist gebrannter, pulverisirter Kaffee. Derselbe wird messerrückendick aufgestrichen und dann mit Gaze bedeckt. Dr. Oppler, welcher damit gearbeitet hat, berichtet darüber in der *D. Militärärztl. Ztschr.*, dass das Wundsekret gut aufgesogen wird und mit dem Kaffeepulver vermengt einen guten Deck-Schorf bildet. — Erst Zucker, dann Kaffee — *what next?* Vielleicht Milch pulver?!

Ligatur und Carbolsäure-Injection zugleich wendete Schalita in ca. hundert Fällen von Hämorrhoiden an. Die vom Patienten hervorgepressten Tumoren werden mit Muzeux'schen Zangen erfasst und so weit wie möglich hervorgezogen, durchstochen und ligirt, dann und wann mit vorhergehenden Einschnitten an der Basis. Dann wird, unter Schutz der anderen Partien, *Acid. carbol. liquid.* in den Knoten eingespritzt, bis er hart und weiss wird. Dann Ablution mit kaltem Wasser, Jodoformverband, Bettruhe und Opium. S. hat nur in wenigen Fällen unangenehme Folgen (Harnverhaltung, Fieber, Phlegmone oder Nekrose) gesehen. Am 6. bis 8. Tage fallen die Knoten ab und die flachen Wunden heilen durch Granulation in spätestens drei Wochen.

Nach *Ctrlbl. f. Chir.* No. 45. 1885.

Massiren der Prostata gegen Harnverhaltung in Folge von Hypertrophie derselben wandte Le Ruette in zwei Fällen mit Erfolg an.

Die Vorsteherdrüse wurde vom Rectum aus erfasst, zehnmal nach

rechts, dann zehnmal nach links bewegt und zuletzt zehnmal kräftig in longitudialer Richtung gerieben. Die sehr unangenehme Prozedur wurde etwa fünfzehnmal wiederholt.

Ein mit Erfolg operirtes Recidiv von Blasenstein berichtet Chas. Williams, F. R. C. S. Ed. im *British Med. Journal* (14. Nov. 1885).

Die erste Operation hatte im Juli 1876 stattgefunden und es hatte sich gezeigt, dass ausser dem Steine ein Fibrom des mittleren Prostata-Lappens existirte, welcher daher mitsammt der Geschwulst exstirpirt wurde. Patient war 71 Jahre alt.

Die ersten Symptome von Recidiv des Blasensteins traten etwa ein Jahr nach der Operation auf und im Februar 1879 wurde zum zweiten Male durch Lateralschnitt in die alte Narbe operirt. Zwei Steine wurden entfernt; die Prostata war nicht vergrössert und der Defect glatt und gut geheilt. Doch war wahrscheinlich durch Narbenkontraktion das Rectum *cul de sac*—artig unter die *Tuberositas o. ischii* verzogen. Es entstand eine Kothfistel, welche die Heilung verzögerte, aber bei der vorzüglichen Constitution des nun 74jährigen Patienten nicht verhindern konnte.

In den *Medico-Chirurgical Transactions* (Vol. LXV.) berichtet Dr. Harrison zwei andere Fälle von Steinschnitt, bei denen ausser Steinen, Tumoren der Prostata entfernt wurden, beide Male Adenome, worauf Williams aus dem Grunde aufmerksam macht, weil Adenom die bei weitem häufigere Form der Prostata-Tumoren ist.

Dass das Cocain die Wundheilung per primam hindert, schliesst Dr. Du Bois (San Rafael, Cal.) aus einigen Fällen, die er im *N. Y. Med. Journal* (No. 21. 1888) veröffentlicht. Namentlich soll dies in dem einen Falle einleuchtend gewesen sein, in dem eine etwa acht Zoll lange Wunde nur in der Tiefe heilte, die Haut jedoch, welche mit Cocainlösung bestrichen worden war, heilte erst nach Herausnahme der Nähte, durch Granulation. (S. das Landesberg'sche *Referat über Ophthalmologie* in No. 1, Bd. I.)

Dermatologie.

Die Verwendung des Lanolin zu Salben. Diese neue Salben-Grundlage wurde auf ihre physiologischen Eigenschaften von Dr. Lassar (Berlin), bei einer grösseren Anzahl von Menschen untersucht und die Resultate seiner gründlichen Untersuchungen können wie folgt zusammengestellt werden:

1. Das Lanolin ist mehr als andere Präparate geeignet, von der Haut aufgenommen zu werden ohne solche Reizwirkung zu verursachen, welche bei dem Gebrauche von Fetten und von Vaselin nicht immer unausbleiblich sind; als Ursache dafür wird die schwere Zersetzbarkeit des Lanolin's angeben.

2. Das Lanolin dringt in die tieferen Schichten der Epidermis ein, was seinen physikalischen Eigenschaften zu verdanken ist. Es ist ein gelée-artiger Körper, hat keinen Geruch und verschwindet in dünner Schicht auf der Haut verrieben, im Augenblicke. Um dies zu beweisen, liess Lassar gewisse Stellen eines gesunden Körpers mit Lanolin, andere mit Vaselin und anderen Fetten einreiben und fand, dass die mit Lanolin behandelte Haut sich wesentlich fester und turgescirender

anfühlt, als die mit Vaselin und anderen Fetten eingeriebenen Hautpartieen; ein Beweis, dass das Fett in die Haut eingedrungen ist.

3. Das Lanolin wird mehr der Haut einverleibt, als andere Substanzen; zum Beweiss dafür stellte Lassar quantitative Versuche an, derart, dass er die eine Hälfte des Rückens mit Lanolin, die andere mit Vaselin und anderen Fetten eine bestimmte Zeit lang einreiben liess und fand, dass das Lanolin viel schneller unter den Fingern verschwand. Als er durch sorgfältiges Abschaben mit dem Metall-Spatel die Rückstände sammelte, stellte sich das Verhältniss der Rückstände des Lanolin zum Vaselin wie 2 : 4,6 heraus.

Aber auch mikroskopisch wies er nach, dass das Lanolin, in die Haut hineingepresst, die verhornte Epidermis durchsetzt und in allen Drüsen-Gängen, auf Lymph-Wegen, ja sogar in den Epidermis-Zellen vorhanden war.

4. Das Lanolin wird sowohl von der Haut von Gesunden als auch von der Kranker vertragen. Diesbezüglich giebt er an, dass an seiner Klinik 400 Kranke theils ambulatorisch, theils stationär mit Lanolin-Salben behandelt wurden und führt folgende eklatante Fälle an:

Ein Knabe mit stark ausgebreiteten *Eczema capitis*, mit 2 Proz. Salicyl-Lanolin-Salbe, — ein junges Mädchen mit *Impetigo contagiosa*, einer stark reizenden Haut-Affection, wurde mit Salicyl-Lanolin-Pasten, — eine Patientin mit stark juckender *Pytiriasis versicolor* wurde mit Salicyl-Schwefel-Lanolin-Paste, — ein schwerer Psoriasis-Fall ebenfalls mit obigem Mittel und ein an *Eczema varicosum* leidender Patient mit 2 Proz. Salicyl-Zink-Lanolin-Paste behandelt und wurde bei allen diesen Kranken ohne Reizung eine überraschend schnelle Heilung erzielt.

5. Die Mischung verschiedener Medicamente mit dem Lanolin ist eine raschere, bequemere und innigere, als bei anderen Salben. Die Wasser-Aufnahme dieses Mittels ist eine enorme; so, dass während z. B. das Oleum olivarum 19 Theile Wasser aufnimmt, das Lanolin bis 130 Theile aufzunehmen vermag.

6. Die Geschmeidigkeit, die bei Vaselin beobachtet wird, wird bei Lanolin allerdings vermisst, doch kann dieser Uebelstand leicht durch wärmere Temperatur oder Mischung mit etwas Fett und Vaselin ausgeglichen werden.

Liebreich, der dieses aus der Schafwolle gewonnene und seiner unangenehmen Eigenschaften beraubte Fett als Salbengrundlage eingeführt hat, erwähnte es in einer literarischen Rückschau, dass schon David von der Heilwirkung des Lanolin berichtet, und dass es schon im Alterthume ein Handelsartikel war; auch Herodot empfahl dieses Fett zum Einreiben in die Kopfhaut als Schutzmittel gegen die Entzündung derselben durch die brennende Gluth der Sonne. Endlich giebt Dioskorides unter seinen Heilmitteln genau die Anwendung des Fettes an. Dies Mittel wurde bis zur Zeit Ludwig XIV. gebraucht und ist alsdann in Vergessenheit gerathen.

Ein Fall von Lepra tuberosa.

(*Monatshefte für praktische Dermatologie.* No. 1, 1886.) Dr. Ed. Paulsen (Kiel) beschreibt folgenden interessanten Fall von *Lepra tuberosa*: Eine aus Kaukasien stammende, mit allgemeiner Lepra der Haut behaftete 64jährige Frau kam nach vielen Kreuz- und Querzügen in P.'s Behandlung, der folgende Beschreibung giebt: Patientin hat seit einiger Zeit Beschwerden in der Nase und im Halse; die Kranke verbreitet einen

eigenartigen, unangenehmen Geruch, fällt durch die Unbeweglichkeit ihrer Züge und die bläulich-braune Farbe des Gesichtes auf; die Haut desselben ist verdickt, uneben uud höckerig infolge der Einlagerung einer grossen Anzahl kleiner Knötchen; die Nase ist mit denselben übersäet, die Augenbrauen durch eingelagerte breite Infiltrationen stark vorgewölbt, die Conjunctiva mässig injizirt, die Ohrläppchen verlängert und von tiefen Runzeln durchfurcht. Aehnlich sehen die Extremitäten aus, besonders Vorderarm und Unterschenkel, auf denen ausserdem viele rothbraune Flecke und an den Ellenbogen und Knieen ähnlich gefärbte flache Narben vorhanden sind; die Haut der Fussohlen und Zehen ist sehr verdickt und uneben, mit zahlreichen Schüppchen und einzelnen Excoriationen bedeckt. Das Auftreten ist sehr schmerzhaft, es besteht grosser Kräfteverfall, da wegen Ansammlung von Schleimmassen im Halse die Neigung zum Essen bedeutend herabgesetzt ist.

Die Untersuchung der oberen Luftwege ergiebt Folgendes:

Beide Nasenhöhlen durch Verdickung ihrer Auskleidung verengt, von blass-röthlicher Farbe und mit schleimig eiterigen Massen angefüllt; am knöchernen Septum beiderseits ein stark prominirender, an der Oberfläche ulcerirter Knoten; die hintere Pharynxwand gewulstet, mit eiterigem Schleim bedeckt; hinter den hinteren Gaumenbögen jederseits ulcerirte Knötchen; die Schleimhaut der Epiglottis geschwollen und geröthet; der freie Rand mit eitrigem Schleim bedeckt; der Kehldeckel seitlich zusammengedrückt, hinten überlagert, wenig beweglich; die Kehlkopfschleimhaut verdeckt, blass, das Lumen der Höhle verengt, die Stimme rein. Im Schleime der hinteren Pharynxwand und der Nasenschleimhaut sind in grosser Menge L e p r a - B a c i l l e n nachweisbar.

P. reinigte vorerst durch Gurgelungen und Aufziehen von Resoreinlösungen die oberen Luftwege, um dann mit dem von Unna empfohlenen I c h t h y o l die Kur zu beginnen,—als die Kranke ihn verliess!

Mikrologische Studien über Herpes tonsurans und Favus.

Dr. A. R. Robinson (New York) behauptet in seinem im Jahre 1885 in der Versammlung der *American Dermatological Association* in Greenwich abgehaltenem Vortrage, dass die Mikroben sich am häufigsten bei Kindern entwickeln, wo sie in Verbindung mit einer Zufuhr von Sauerstoff und Feuchtigkeit einen guten Nährboden haben, indem bei Kindern die Lebensenergie der Gewebe herabgesetzt ist und sucht dies mit der Thatsache zu beweisen, dass ein grosser Theil der mit diesen Krankheiten behafteten Kinder scrophulös oder schlecht genährt wären.

Greift der Favuspilz weiter, so werden die angegriffenen Stellen in ihrer Struktur verändert. Die Peripherie des Favusnäpfchens, welche aus dichten in körnige Zerfallsprodukte mit viele Mikrokokken eingeschlossenen Mycelhaufen besteht, sinkt nicht so leicht ein, wie der ausschliesslich aus nicht sehr dicht zusammengedrängten Sporen bestehende centrale Theil.

Aehnlich diesen Veränderungen ist die des Haares und seines Follikels. Der Haarschaft wird entweder direkt vom Pilze ergriffen, indem er die Cuticula durchbricht und die Elemente auseinander drängt oder indirekt, indem er zwischen Cuticula und innerer Wurzelscheide eindringt.

Wird die Cutis durch Entzündung verändert, so führt dies zur Bildung von Narbengewebe; geschieht das aber durch Sekretion, so entsteht eine cystische Degeneration der Talg- und Schweissdrüsenausführungsgänge.

Der Pilz des *Herpes tonsurans* ist in der Hornschichte, im Rete, im Corium, wie auch im Haar und seinen Scheiden zu finden und erstreckt sich im Haare viel höher über die freie Oberfläche, als bei Favus.

Ueber die Behandlung des Lupus durch antiparasitäre Mittel.

(*Monatshefte für praktische Dermatologie.* No. 1, 1886.) Dr. A. White (Boston) führt klinische Beweise für die Theorie an, dass der Lupus durch Bacillen, die mit den Tuberkelbacillen identisch sind, entsteht und giebt an, dass Lupus bei scrofulösen Individuen in dem prozentischen Verhältnisse von 30—60: 100 vorkommt; dass ferner nach operativen Eingriffen allgemeine Miliartuberkulose entsteht, indem die Bacillen in den Organismus eindringen; endlich dass Lupus wie statistisch nachgewiesen in 6—15 proc. der Fälle zu Lungentuberkulose führt. Dass Hauttuberkulose, Skrofuloderma und Lupus einander nicht ähnlicher sehen, sollte nicht als Beweis gegen die kausale Identität dieser Affectionen angeführt werden.

Die Entdeckung der Lupusbacillen hatte die Anwendung der antiparasitären Mittel zur natürlichen Folge. So führt W. 12 Fälle an, die er mit ausgezeichnetem Erfolge durch lokale Anwendung von Quecksilberchlorid behandelt hat, wo die Verkleinerung und das Verschwinden der erkrankten Stellen binnen 2 Monaten erfolgte; aber bei der ulcerösen und krustenbildenden Form erscheint das Medikament weniger zuverlässig; auf die sklerotische Form ist seine Wirkung langsam, aber deutlich, so dass nach seinem Gebrauche Recidive nicht häufiger entstehen, als nach andern Mitteln. Für die tuberkulösen und die nicht ulcerirten Formen des Lupus, wendete er zweimal täglich Sublimatsalbe mit Erfolg an, hingegen bei ulcerirten und krustigen Formen gebrauchte er die 2—4 proc. wässerige Lösung. Von einer 2—4 proc. Salicylsäurelösung in Ricinusöl hat er gute Erfolge gehabt.

Ueber eine neue, in Brasilien beobachtete Krankheit.

Dr. Lutz beobachtete in San Paulo (Brasilien) 23 Fälle einer theils sporadisch, theils in kleinen Gruppen — besonders bei Kindern auftretenden, dem Pellagra oder noch eher dem *Erythema epidemicum* ähnlichen Krankheit mit folgenden Symptomen:

Erbrechen, Diarrhöe, catarrhalische Affection der Respirationsorgane, Heiserkeit, Husten, oft mit Coryza und catarrhalischer Conjunctivitis verbunden; Oedem der Haut manchmal Ascites und im späteren Verlaufe der Krankheit eine eigenthümliche Dermatitis, welche mit einem auf einzelne Körpertheile beschränkten, roth gefärbten, auf Druck verschwindenden Erythem beginnt, später sich aber auf den ganzen Körper ausdehnt; die Farbe wird später livid und lässt sich nicht wegdrücken; noch später wird die Farbe dunkelviolett, braun und schwarz; die Haut desquamirt dann in kleineren Schuppen und noch häufiger in grossen Fetzen; seltener kommt es zur Blasenbildung; in 10 Fällen wurde kein Erythem beobachtet; Temperaturerhöhung war immer vorhanden; Erkrankungen anderer Organe, wie auch Eiweiss im Urin konnte Lutz nicht nachweisen.

Die Krankheit dauert mehrere Monate und führt zumeist durch allmälige Erschöpfung zum Tode, dem eine längere Agonie vorangeht. Die Krankheit befiel zumeist solche Kinder, die schon entwöhnt waren, oder neben der Muttermilch andere Nahrung, zumeist Maismehl, zu

sich nahmen, — daher die Aetiologie dieser Krankheit in einer alimentären Schädlichkeit dieser Stoffe zu suchen ist.

Monatsheft f. prakt. Dermatologie.

Ueber eine neue Form der Hauttuberculose.

Dr. Gustat Riehl, Assistent Kaposi's, beschrieb in seinem am 16. Oktober 1885 in *der Gesellschaft der Aerzte* in Wien gehaltenen Vortrage 15 von ihm beobachtete Fälle einer neuen Erkrankungsform der Haut unter dem Namen *Tuberculosis verrucosa cutis*, welche mit einem hoffömigen Erythem, ohne Infiltration, begann, nachher Pusteln bildete, welche bald platzten und eintrockneten. Die Oberfläche der Haut ward dann höckerig und nach längerer Zeit entwickelten sich warzenförmige Excrescenzen, zwischen welchen zumeist in Form von Pusteln Eiterungen auftraten Manchmal entstand eine Entzündung dieser *Plaques* und nach Abschluss derselben trat eine Rückbildung ein; die Wucherungen verschwanden, die befallenen Stellen wurden wieder eben und es blieb eine glatte, oberflächliche, die dunkler gefärbte Cutis durchscheinen lassende Narbe zurück.

R. beobachtete diese Krankeit bei kräftigen, zwischen dem 19. und 45 Lebensjahre stehenden, zumeist mit thierischen Substanzen und Abfällen oder lebenden Thieren in Berührung kommenden Individuen und zwar an den Händen und Vorderarmen, am häufigsten an den Handrücken, an der Streckseite der Finger und in der Hohlhand.

Nachdem eine genaue Beobachtung und sorgfältige anatomische Untersuchung zweifellos eine tuberculöse Erkrankung ergab, nahm R. diese Form der Hauterkrankung neben Scrufulose, Lupus und Miliartuberkulose der Haut als eine vierte Form der Tuberculose an.

Xeroderma pigmentosum und idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut.

Professor Kaposi stellte in der Oktober-Sitzung 1885 der *Gesellschaft der Aerzte* in Wien zwei Fälle vor.

Der erste Fall betraf ein Mädchen mit *Xeroderma pigmentosum*. Die zumeist bei Geschwistern auftretende Krankheit entsteht im ersten oder zweiten Lebensjahre, am Gesicht, oft an den Volar- und Dorsalflächen der Hand in Form von Sommersprossen-ähnlichen braunen Flecken, welche mit den Jahren an Zahl und Grösse wachsen und mit der sich gleichzeitig eine diffuse Hautverfärbung einstellt. Allmählig entwickelt sich an den Stellen der Pigmentflecke eine Atrophie der Haut, dieselbe wird glänzend, fühlt sich pergamentartig an, es treten da ektatische Gefässe auf; die Epidermis ist trocken, schilfrig; zuletzt entwickeln sich: Carcinomatose, multiple Epithelial-Carcinome, seltener Sarkome. Prognose ist gewöhnlich trübe. Pick nennt die Krankheit: *Melanosis lenticularis progressiva.*

Der zweite Fall betraf einen alten Mann mit einem idiopathischen multiplen Pigmentsarkom der Haut, welche Krankheit äusserlich der Syphilis manchmal der Lepra ähnlich ist und sich von anderen Hautsarkomen dadurch unterscheidet, dass sie immer an beiden Händen und Füssen zugleich auftritt. Es bilden sich flach ausgebreitete durch Hämorrhagien pigmentirte Infiltrate und entweder auf diesen, oder aber abgesondert entwickeln sich bald sich involvirende, narbige Vertiefungen zurücklassende, knotige Anschwellungen. Diese Stellen verdicken sich auffallend und befallen auch die Schenkel, das Gesicht,

Lunge, Leber und andere innere Organe, wo sie häufig sehr blutreiche, förmlich kavernöse Tumoren darstellen. K. empfiehlt das Arsen als Heilmittel zu versuchen.

(*Wiener med. Blätter*, 1885. No. 44.)

Dermatotherapeutische Miscellen.

Professor Dr. Ernst Schwimmer (Budapest) benutzt zu Inunktionskuren statt der grauen Quecksilbersalbe eine vom Prager Apotheker Fanda angefertigte *Sapo mercurialis*, welche 4 g. Quecksilber enthält, weniger schmutzt und rascher wirkt, wodurch die verschiedenen üblichen Cyclen in kürzerer Zeit zu Ende geführt werden.

Bei Exzema vesiculans benutzt er Salicyl-Gelatin nach folgender Formel:

℞ *Glycerin.*
Acidi salicylici aa 10,0
Gelatin 30,0
Aqua. dest. 50,0

Bei Eczem am behaarten Kopfe Salicyl-Glycerin nach der Vorschrift:

℞ *Glycerin* 100,0
Salicylici 5,0
Spirit. Mindereri 25,0

Bei Scabies:

℞ *Naphthol,*
Cretae,
Lact. sulfur. aa 10,0
Axunguae 100,0

Bei Blenorrhoe Injektionen von 2—3 Proz. Resorcinlösung.

Bei Epididymitis: Traumaticin-Aufpinselungen.

Bei Erythem:

℞ *Hydrarg. oxyd. tannic.* 1,0
Sacchar. alb. 3,0
in doses decem.

Bei Psoriasis palmarum: Sublimat-Collodium in folgender Form:

℞ *Hydr. chlor. corros.* 1,0
Collodii 25,0

Dr. W. Lublinski in Berlin empfiehlt bei Sycosis des Naseneinganges:

℞ *Hydrarg. praecipitat. albi*
Magist. Bismuth. aa 1,0
Vaselini 10,0
Mf. Ung. S. Zum Beschmieren.

Die Heilung soll in 8—14 Tagen erfolgen.

Beim Eczem des Naseneinganges sollen Wettatampons mit folgender Salbe bestrichen werden:

℞ *Magist. Bismuth.*
Flor. Zinci aa 1,50
Vaselini 10,0
Mf. Ung.

Dr. Th. Altschul applicirte bei Verbrennungen 2. und 3. Grades Jodoformboluspaste nach folgender Form mit ausgezeichnetem Erfolge:

℞ *Boli alb.*
Olei olivarum aa 30,0
Liquor. Plumbi subacet. 20,0
Jodoformi 8—10,0

Ref. wandte die Paste bisher bei 3 Fällen mit überraschendem Erfolge an, sah unter derselben keine Eiterung und auch die Schmerzen waren gelinde. Zum Versuche wurde folgende Probe angestellt: Bei einer Köchin, die beide Unterschenkel mit siedendem Wasser verbrannt hatte, wurde auf einen Unterschenkel fortwährend diese Paste applizirt und konnte Ref. täglich 1—2 Fingerbreiten der betreffenden Brandwunden deutlich zur Heilung kommen sehen; währenddem wurden am anderen Unterschenkel die gewöhnlichen, bei Brandwunden gebräuchlichen Oele und Wässer angewendet, wo die Heilung 3 Wochen später erfolgte; ähnliche Erfahrungen machte Ref. bei einem 2½ Jahre alten Mädchen.

Doch ist zu bemerken, dass die Bereitung dieser Paste nicht in jeder Apotheke gleich gut geschah, da manchmal eine ganz bröckelige Masse dispensirt wurde, was durch den Umstand zu erklären ist, dass dieselbe nicht nach Vorschrift angefertigt worden war.

Dr. I. Morvay-Rottenberg.

Wir lenken die Aufmerksamkeit unserer Leser auf unsere Anzeige-Seiten, deren Inhalt gewiss in vielen Beziehungen von Interesse ist. Da wir nur die Anzeigen von solchen Firmen inseriren, deren Erzeugnisse wir wirklich empfehlen können, so würden uns unsere Leser dadurch verpflichten, dass sie bei etwaigen Aufträgen solchen Häusern den Vorzug geben. Gleichzeitig bitten wir bei eventueller Correspondenz mit anzeigenden Firmen die „New Yorker Medizinische Presse“ zu erwähnen.

Wir machen unsere Leser auf die in den Anzeigespalten enthaltene Adress-Karte des Sanitätsrathes Dr. E. Hertzka in Carlsbad aufmerksam. Derselbe praktizirt bereits seit zehn Jahren daselbst.

Seine uns gütigst zugesandten Arbeiten über *Diabetes, Ulcus ventriculi, Leukoplakia (Psoriasis) lingu. et bucc.* werden wir bald ausführlich besprechen.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Mit dieser Nummer der New Yorker Medizinischen Presse beginnen wir den zweiten Band der Zeitschrift.

Wir haben bisher davon Abstand genommen, auf die Leistungen und auf das Wachsen und Gedeihen der „Presse" hinzuweisen, obgleich wir, ohne unbescheiden zu sein, schon früher unserer Zufriedenheit darüber hätten Ausdruck geben können. Wir verweisen heute den Leser auf das (im beigegebenen Index alphabetisch geordnete) Material, welches unsere Bemerkungen gewiss rechtfertigt. Das gleiche gilt von dem Verzeichniss der Namen unserer geschätzten Mitarbeiter; denn nicht Wenige von ihnen gehören zu den Besten unter uns.

Unser Streben wird es nach wie vor sein, unseren Lesern die besten Arbeiten unserer tüchtigsten Collegen vorzulegen und die New Yorker Medizinische Presse zu Dem zu machen, was sie sein soll, das Organ aller deutsch-amerikanischen Aerzte.

Wir bitten, uns in diesem Streben auch ferner zu unterstützen, und sagen allen Denen, welche dies bisher gethan, unsern besten Dank.

Erkältung als Krankheitsursache.

Einen sehr interessanten und lehrreichen Beitrag zu der Frage von der Erkältung als Krankheitsursache hat kürzlich Dr. Hankel, Bezirksarzt in Glauchau veröffentlicht:*

Er steckte nämlich einen Fuss in einen Eimer kalten Wassers und beobachtete nun den Ausschlag der Nadel am Multiplicatorspiegel eines thermo-elektrischen Apparates, welcher die Hauttemperatur seiner Brust registrirte. Dieselbe sank sofort um mehrere Grade, so dass er nicht im Stande war, das Heruntergehen der Temperatur an der Brust auch nur annährend zu bestimmen; denn die Skala des Fernrohres konnte sich nicht mehr in dem Multiplikatorspiegel abspiegeln.

Bereits am selben Abend begann H. zu niesen und bekam einen so heftigen Schnupfen, dass er die Lust verlor, den Versuch behufs genauerer Temperaturbestimmung zu wiederholen.

Schon Winternitz zeigte, dass wenn die Blutgefässe der Füsse

* *Deutsche Medicinal-Zeitung*, No. 21. 1886.

durch Kältereiz zur Kontraktion gebracht werden, die Temperatur im äusseren Gehörgange sinkt.

Das Gebiet, welches in dieser Weise durch Reflexwirkung auf seine vasomotorischen Nerven eine Kontraktion der Blutgefässe erfährt, erstreckt sich auch auf die Schleimhaut der Nase und ist deshalb Kühlung der Fussohlen bereits mit Erfolg zur Stillung von Nasenbluten angewendet worden. Danert diese Kältewirkung länger an, so tritt keine reaktive Fluxion ein und die Ernährung der Gefässe erleidet eine Störung, eine Entzündung—Schnupfen—tritt ein. (S. Hankel's Versuch.)

Die gleichen Beziehungen von reflektorischem Charakter bestehen zwischen Rektum und Magen, zwischen der Haut von Schultern und Rücken und der Bronchialschleimhaut zwischen den Vorderarmen und den Organen im Thorax etc. Das Sitzen auf kalten Steinen kann aber nicht bloss Vaginalkatarrh erzeugen—was bekanntlich hier bei uns durch die Mode des vor dem Hause auf der Freitreppe Sitzens sehr häufig ist—sondern ebensogut einen Katarrh anderer Unterleibsorgane, speziell des Magens.

Im einen Falle (Colpitis) haben wir es mit einer direkten, lokalen Kältewirkung zu thun, während der Magenkatarrh andererseits durch Reflexwirkung auf die Blutgefässe der Magenschleimhaut verursacht wird. In beiden Fällen jedoch muss die Kontraktion der Blutgefässe lange genug dauern um eine Ernährungsstörung ihrer Wandungen mit nachfolgender Entzündung zu setzen.

Dass durch „Erkältung" am häufigsten Schnupfen verursacht wird, erklärt sich einfach daraus, dass die Füsse diejenigen Körpertheile sind, welche vorzugsweise einer dauernden Kältewirkung ausgesetzt sind, die durch den Umstand, dass die Füsse auch immer am meisten schwitzen, in ihrer Wirkung potenzirt wird. Denn feuchte Kälte entzieht dem Körper viel mehr Wärme, als trockene; desshalb ist die Furcht vor „ nassen Füssen " eine durchaus begründete.

Die Nephritis nach einer Durchnässung (speziell bei Schwangeren, die dazu prädisponirt sind), der Rheumatismus, ja die Meningitis spinalis u. a. m. bei Wasserarbeitern (an Brücken, Dämmen etc.) gehören zu den drastischsten Belegen für die schädliche Einwirkung andauernder feuchter Kälte.

Ferner gehören hierher alle die Erkältungskrankheiten, welche durch „ Zugluft " und andere schnelle Temperaturwechsel entstehen; in allen diesen Fällen wird eine grössere Hautfläche, welche vorher in einer wärmeren Temperatur sich wenn auch nur gering mit Perspiration bedeckte, einer Temperaturerniedrigung ausgesetzt. Die die Haut bedeckende Feuchtigkeit entzieht nun die zur Verdunstung nöthige Wärme, welche sie vorher der Luft entnahm, der Haut und die Wirkung feuchter Kälte tritt ein. Dadurch kann nun einerseits durch direkte lokale Einwirkung Muskelrheumatismus (steifer Nacken etc.)

oder andererseits durch Uebertragung des Reizes auf „sympathischem" Wege eine Affektion der Schleimhäute (Bronchitis, Odontitis, Enteritis, Cystitis etc.) verursacht werden.

Das kommt daher, dass diese Reflexbeziehungen zwischen einzelnen Gefässgebieten nicht bei allen Individuen in gleicher Weise existiren; individuelle Verschiedenheiten giebt es darin, wie in allen Anderen. Der *locus minoris resistentiae* mag eben bei dem Einen der Larynx sein, bei dem Andern der Darm, bei einem Dritten die Tonsillen etc.

Im Frühjahre und im Herbste müssen der Unterschied zwischen Zimmer- und Aussenluft und die viel grösseren Temperaturwechsel überhaupt viel mehr Erkältungskrankheiten verursachen, als im Sommer oder Winter. Denn im Winter ist man immer durch warme Kleidung vor den Wirkungen der kalten Aussenluft geschützt, während im Sommer der angeführte Temperaturunterschied überhaupt nicht existirt.

Dass im Herbste die Erkältungen im Allgemeinen nicht so häufig sind, wie im Frühling, liegt wohl daran, dass der Körper sich allmälig an die kältere Aussentemperatur gewöhnt, während im Frühjahre das oft plötzlich eintretende Wetter so Manchen veranlasst, Ober- und Unterkleidung zu früh zu ändern und den durch die warme Winterkleidung an warme Bedeckung im Freien gewöhnten Körper der Kältewirkung zu exponiren. Anderentheils mag auch das zu frühe Sistiren der Heitzung in den Zimmern von Einfluss sein.

Auf die Infektionstheorie, deren extreme Anhänger unter dem Einflusse der jetzt in Hochfluth befindlichen bakteriologischen Forschung alle Erkältungskrankheiten zu leugnen geneigt sind, hier speziell einzugehen, würde zu weit führen. Auch hier vollzieht sich ja schon eine wohlthätige Reaktion. So erklärt B. Fraenkel in einem vor der *Berl. Med. Ges.* gehaltenen Vortrage über Angina lacunaris und diphtheritica,* dass in Analogie mit Rosenbach's Versuchen über *Osteomyelitis*—welche er durch ein Trauma mit gleichzeitiger Injektion von Staphylokokkus-Kulturen erzeugte—auch für die *Angina lacunaris* zwei Bedingungen zusammentreffen müssten. Der Pilz—und zwar ist dies nach F.'s Untersuchungen derselbe *Staphyloccocus pyogenus aureus*—und die Erkältung, welche nach ihm die Stelle des Trauma's vertritt. Und in ähnlicher Weise spricht sich Gergens in seiner Arbeit: Zur Frage von der Erkältung als Krankheitsursache† in seinem Schlussworte aus:

So wenig es angängig ist, für alle die genannten pathologischen Vorgänge die Erkältung als einzig mögliche Ursache anzunehmen, ebensowenig ist es gerechtfertigt, sie als ätiologisches Moment zu Gunsten irgend welcher mikroskopischen Gebilde gänzlich auszuschliessen, die in einem gewissen Zusammenhange mit der betreffenden Krankheit vorkommen. Denn es können recht wohl zwei ganz verschiedenartige Reize einen vollkommen analogen pathologischen Vorgang im Gefolge haben. Welcher von beiden in einem konkreten Falle der Krankheitserreger

* *Berl. Klin. Wochenschr.*, No. 17. 1886. † *D. Med. Ztg.*, No. 8, 1886.

gewesen, dies zu entscheiden bedarf es wohl einer noch weiter fortgeschrittenen Erkenntniss des Wesens von beiden."

Dies bringt die Frage der individuellen Disposition endlich wieder in den Vordergrund, welche neuerdings leider sehr vernachlässigt wurde und doch ist sie eben so wichtig, wenn nicht wichtiger, als die Frage nach dem Wesen der Infektion.

Wie wir in No 5 *der* New Yorker Medizinische Presse (S. 249) mittheilten, wurde in die Commission für internationale Irrenstatistik auf dem letzten internationalen Congresse für Psychiatrie und Neurologie als Mitglied für Nord-Amerika der New Yorker Advokat Clark Bell erwählt. Wir deuteten damals unsere Verwunderung über diese Wahl durch ein Ausrufezeichen an. Wir sind jetzt in der Lage einen Commentar dazu zu geben, indem wir nachfolgende Resolutionen abdrucken, welche am 8. April in der *Society of Medical Jurisprudence and State Medicine* angenommen wurden.

Dieselben lauten wie folgt:

In Erwägung, dass laut Protokoll der *N. Y. Neurological Society* Herr Clark Bell an einen ihrer Beamten eine Zuschrift übersandte, welche dem Verwaltungsrathe sowie der Gesellschaft vorgelegt worden;

In Erwägung, dass in dieser Zuschrift Herr Clark Bell sich als Delegat für Amerika von dem internationalen Congress für Psychiatrie und Neuropathologie zu Antwerpen, welch' letzterer den Hauptzweck hatte, eine passende Classifizirung der Geisteskrankheiten zu berathen;

In Erwägung, dass alle europäischen Mitarbeiter dieses lobenswerthen Unternehmens erfahrene Irrenärzte sind, Männer von hohem wissenschaftlichen Rufe, Lehrer an Universitäten oder Aerzte, welche aus der Behandlung von Nervenkrankheiten eine Spezialität machen;

In Erwägung, dass Herr Clark Bell merkwürdigerweise der einzige bei diesem Unternehmen betheiligte Nordamerikaner ist;

In Erwägung, dass es äusserst wünschenswerth ist, dass dieser wichtige Zweig der Medizin, die Psychiatrie, welche mehr als alle anderen für Mediziner und Juristen gemeinsam vom grössten Interesse ist, bei einer so wichtigen Angelegenheit wie die internationale Classification eines so verwickelten Gegenstandes, auf das Würdigste vertreten sei;

In Erwägung, dass Her Clark Bell kein Irrenarzt, ja überhaupt kein Arzt ist und:

In Erwägung endlich, dass soweit verschiedene Mitglieder unserer Gesellschaft, welche selbst hervorragende Neurologen sind, erfahren konnten, keine einzige Körperschaft von Psychiatern und Neurologen irgend welche Gründe kennt, wesshalb besagter Herr Clark Bell in diese Commission gewählt wurde oder auf welche Angaben hin die Wahl ihm zufiel — daher sei es:

Beschlossen, dass der correspondirende Sekretär der *Society of Medical Jurisprudence and State Medicine* beauftragt werde, die vorliegenden Beschlüsse, sowohl wie die Erwägungen an den Präsidenten und den Sekretär des Internationalen Congresses für Psychiatrie und Neurologie und an diejenigen Aerzte schicke, welche der Commission zur Classifizirung der Geistes-Krankheiten angehören;

Beschlossen, dass die *Society of Jurisprudence and State Medicine* ihr Erstaunen darüber kund giebt, dass, da zum ersten Male die hochwichtige Angelegenheit der Classifizirung der Geisteskrankheiten zum Gegenstande internationaler Erörterungen gemacht wird — ein Gegenstand, welcher, obgleich von hohem Interesse für Juristen wie Mediziner, doch vorzugsweise und ausschliesslich der Medizin angehört — dass man es für passend gefunden mit der Vertretung für Nord-Amerika einen Mann zu betrauen, welcher zur Ausübung der ärztlichen Praxis nicht berechtigt ist;

Beschlossen, dass der internationale Congress für Psychiatrie und Neuropathologie zu Antwerpen höflichst ersucht wird, die vorstehenden Meinungen gebührend in Erwägung zu ziehen, da doch, wenn es der Mühe werth ist, die amerikanische Medizin bei dem besagten internationalen Unternehmen vertreten zu sehen, es auch der Mühe werth ist, dieselbe durch Einen oder Einige Derjenigen vertreten zu sehen, welche hervorragende Arbeiten in einer Wissenschaft geleistet haben, in deren Annalen Namen wie Benjamin Rush, Luther Bell, Isaac Ray, Pliny Earle und W. W. Golding einen Ehrenplatz einnahmen; und endlich:

Beschlossen, dass der Internationale Congress für Psychiatrie und Neuro-Pathologie zu Antwerpen höflichst an die *American Neurological Association*, die *New England Medico-Psychological Society* und ähnliche Körperschaften verwiesen werde, auf deren Geschichte und deren Mitglieder die Aerzte Amerika's mit gerechtem Stolze hinweisen, Körperschaften in die man ruhig das Vertrauen setzen kann, dass sie Vertreter ernennen werden, welche der Theilnahme an jenem wichtigen Unternehmen würdig sind, das die Classifizirung von Krankheiten betrifft, deren Studium nur und allein Sache der Mediziner ist.

Dr. Frank H. Hamilton, Pres.
Dr. Wm. M. McLaury, Pres. B. of Trustees.
Dr. Geo. W. Wells, Rec. Sec'y.
Dr. Jean F. Chauveau, Corr. Sec'y.

In Bezug auf den in No. 6 veröffentlichten Fall von Lyssa geht uns von Dr. Paul H. Kretzschmar eine Mittheilung zu, welche von Interesse ist.

Dr. Geo. M. Sternberg in Washington hat nämlich mit Theilen des Rückenmarkes von dem an vermutheter Lyssa Gestorbenen Kaninchen inokulirt und eins derselben ist am 16. Tage nach der Impfung von „Rabies" befallen worden. Der Bericht enthält keine Details über die Symptome, nur heisst es, dass das Thier vollständig gelähmt war und man nicht erwartete, dass es noch 24 Stunden leben könne.

New York, 3. Februar 1886.

An die Smith & Shaw Electric Co., 56 W. 39. Str.

Geehrte Herren!

Ich habe Ihre *Closed Cell Pocket Battery* seit neun Monaten gebraucht und kann mit voller Ueberzeugung erklären, dass es die vortheilhafteste, räumlich kleinste, reinlichste und brauchbarste Batterie ist, die ich je benutzt habe und empfehle ich dieselbe daher auf's Nachdrücklichste.

Louis F. Sass, M. D.

Kleine Mittheilungen.

Wir hatten kürzlich Veranlassung, das *St. Mary's Hospital* in Brooklyn zu besuchen. Dr. J. Horn, der *House-Surgeon*, war liebenswürdig genug, uns in der Anstalt umherzuführen, welche ca. 150 Betten ausser mehreren Privatzimmern für zahlende Patienten enthält.

Dr. Fowler, einer der daselbst den Dienst versehenden Chirurgen hat den glücklichen Gedanken gehabt, anstatt des die Instrumente angreifenden Sublimates: Doppeljodquecksilber zur Antisepsis zu verwenden. Er irrigirt mit und legt die Instrumente etc. in eine Lösung von der Zusammensetzung

Hydrarg. jodat. rubr.	
Kal. jodat.	$\frac{\bar{a}a}{}$ gr. iss
Aquae dest.	Ō iss.

Also ein Verhältniss von etwa 1: 10,000 oder ein Decigramm auf den Liter.

Das Hydronaphthol, welches F. zuerst in ausgedehnter Weise geprüft hat*), wird in einer Lösung von 1: 4000 benutzt. Zum Lobe des Hydronaphthol lässt sich anführen, dass es keinen penetranten unangenehmen Geruch hat, dass es weder die Haut des Operateurs, noch die Constitution des Patienten irgendwie zu afficiren im Stande ist.

Als Verbandmaterial dient hauptsächlich Holzwolle und Paper-Dressing, welches mit Jodqueksilberlösung getränkt wird. Als Streupulver werden verwendet: Jodoform, Jodol und namentlich Hydronaphthol. Zur Behandlung alter variköser Beingeschwüre und anderer indolenter Ulcera kommt daselbst Naphthalin in Substanz ebenfalls als Streupulver zur Anwendung. Die Wirkung desselben auf solche Geschwürsflächen ist eine vorzügliche, viel anregender als die des Jodoform, Bismuth und anderer gebräuchlicher Mittel.

Für kleinere Wunden, die ihrer Natur nach nicht *per primum* heilen können, gebraucht Dr. Fowler einen ganz einfachen, aber sehr zweckmässigen Verband. Er gebraucht Zinkoxyd als Streupulver und bedeckt die Wunde dann mit einem Stückchen Wachstaffet (*oil-silk*), welches von einer grossen Anzahl kleiner Löcher perforirt ist. Darüber wird nochmals Zinkoxyd gestreut und dann ein mit antiseptisch gemachtem Paper-Dressing gefülltes Gazekisschen darauf befestigt.

Die Einfachheit dieses Verfahrens empfielt dasselbe sehr und haben wir bei Anwendung desselben uns von der Reinlichkeit in Folge der völligen Aufsaugung des Sekretes überzeugen können.

Der Kleptokokkus.

Wir haben mit grosser Befriedigung vernommen, dass es dem Professor Maeander gelungen ist den Bacillus der Kleptomanie zu isoliren. Es wurde schon seit einiger Zeit vermuthet, dass dieses Leiden einem Organismus seinen Ursprung verdanke, welcher so proteusartiger, schwer zu fixirender Natur ist, dass er den scharfsichtigsten Forschern bis jetzt entschlüpft ist. Dem Professor Maeander blieb es vorbehalten, seine Existenz zuerst nachzuweisen. Die Hauptschwierigkeit lag darin, reine Kulturen zu erhalten. Prof. Maeander verschaffte sich eine Elster, deren Hang zu Diebereien durch zahlreiche Experimente erwiesen war; aus dem Gehirn derselben excidirte er unter dem *Spray* ein kleines Stückchen und begann damit eine lange Serie von Versuchen anzu-

*) *N. Y. Med. Journal*, Oct. 25. u. Dec. 5. 1885.

stellen. Der Organismus kann leicht in Rübensaft gezüchtet werden, wie der genannte Forscher zuletzt entdeckte; ebenso in einer Infusion von Kraut (doch darf kein Sauerkraut benutzt werden). Er nimmt schnell eine schöne stählerne Farbe an und seine Form erscheint unter dem Mikroskope bei 80-facher Vergrösserung in der nachstehenden Form: Diese Form veranlasste Prof. Maeander, dem neuentdeckten Organismus den Namen *Micrococcus interrogativus* zu geben. Uns will jedoch scheinen, als ob der Name Mopsicoccus geeigneter wäre, da derselbe in jeder Lage des Organismus anwendbar ist. Auch wird die ihm innewohnende Eigenschaft dadurch angedeutet.

Der Experimentator probirte nun seinen Neuling. Wenn derselbe Katzen subcutan eingespritzt wird, so sind die Wirkungen des Mopsicoccus ganz ausserordentliche. Einige dieser Thiere, welche in einem Hofe hinter dem Hause in Freiheit gesetzt wurden, wurden nach einigen Tagen dabei beobachtet, wie sie deutliche Anfälle von Kleptomanie hatten. Sie schlichen heimlich in benachbarte Häuser und kleptomisirten Fische, Fleisch etc. Wir können leider nicht den ganzen Inhalt der Arbeit wiedergeben, doch wollen wir folgenden interessanten Vorfall berichten:

Von dem Rübensafte, in welchem eine Kultur des Mopsicoccus in der so und sovielten Generation gezüchtet worden war, wurde eine geringe Menge zufällig auf den Boden des Laboratoriums verschüttet. Drei Tage später vermisste der Professor seine Börse, seine Uhr und andere Werthgegenstände; es wurden auch in den verschiedenen Nachbarhäusern viele werthvolle Sachen vermisst. Herr Lestees, des Professor's Assistent, ein hochanständiger Herr, wurde ebenfalls vermisst. Professor Maeander ist der Ansicht, dass der Unglückliche den Staub, der von der auf dem Boden eingetrockneten Nährflüssigkeit herstammte, eingeathmet hat, und so mit Kleptomanie infizirt worden ist.

Als die Sache bekannt wurde, ersuchten die Bürger der Stadt den Bürgermeister allen Verkehr zwischen dem Professor und den Beamten der beiden Banken des Ortes zu verbieten. Und also geschah es.

Ohne Zweifel wird mit der Zeit ein abgeschwächter Virus des *Mopsicoccus* kultivirt werden, mit welchem dann beabsichtigt wird, die in dem Gefängnisse von Moros internirten Sträflinge zu impfen.

Der grosse Gelehrte hat unzweifelhaft das Richtige getroffen, wenn er sagt, „dass die Entdeckung dieses Bacillus ein weites Feld eröffnet, eine unendliche Perspective aufgethan hat." „Zahllose Generationen" fährt er fort, „mögen vergehen ehe die letzte Mikrobe gefärbt und präparirt, gezeichnet und photographirt und mit dem Namen des Entdeckers versehen ist." Er schliesst mit den prophetischen Worten:

„Die nächsten zwei Jahrhunderte werden in der Geschichte späterer Zeiten den Namen des Mikrobischen Zeitalters erhalten."
(Nach einem Referate in der *Birmingham Medical Review*).

Chemisches und Schweinernes. — A. Flint.

St. Genevieve, Mo., 15. Mai 1886.

An die Redaktion der New Yorker Medizinische Presse.

Beim Lesen der Notiz von Dr. Victor Lange empörte sich das *Smattering of Chemistry*, dass mir noch aus Anno Toback's Zeiten in den Gliedern liegt.

Acetas und tartras Aluminae,

und nicht immer *Aluminium* und wieder *Aluminium*. Hat seit meiner

Jugendzeit Aluminium gelernt, sich direkt mit Essigsäure und Glycerin zu verbinden, so bin ich leider eine dem Fortschritte der Wissenschaft zu wenig folgende Landpurganz. – Beiläufig:

Sulphas Aluminae und Potassae, vulgo: Alaun

wird wohl dasselbe leisten. —

In Bezug auf Dr. Austin Flint sind Ihre Bemerkungen richtig: *De mortuis nil nisi verum*! sollte die Regel sein.

Folgendes zur Charakterisirung meiner Erfahrungen mit Dr. Flint: Beim Schweineschlachten bemerkte ich einst am abgebrühten und von den Borsten befreiten Thiere vier bis sieben schwarze Flecken in senkrechter Linie untereinandergestellt an den Vorderfüssen. Beim Präpariren derselben fand ich, dass es blinde Gruben sind mit je einer unterliegenden Drüse von der Grösse eines Fünfcentstückes und von gelappter Struktur.

Zu was? Wozu? Woher? Weshalb?

Auf fünfzig Anfragebriefe an alle möglichen Gelehrten, Autoren, Professoren in Nord und Süd, erhielt ich Antworten, u. A. von München, London, Heidelberg (von Gegenbauer) etc., neunundvierzig an der Zahl—nur dem einzigen Austin Flint war es zu gering, dem *Country doctor* Bernays zu antworten auf zwei selbstverständlich höflichste Bitten.

Bin übrigens in Bezug auf die von mir gesehenen Drüsen heute so klug, wie zuvor!

Dr. Fr. J. Bernays.

(Die chemische Nomenclatur ist durch die neue, vielgepriesene sogen. Typen-Theorie ganz umgemodelt worden. Schreiber dieses hat vor etwa vierzehn Jahren sich vergeblich bemüht, die zehn Jahre früher gelernte alte Nomenclatur über Bord zu werfen und die neue an ihre Stelle zu setzen. Deshalb braucht unser werther Correspondent mit seinen siebzig Jahren seiner Rückständigkeit sich durchaus nicht zu schämen.

Was Flint's Schweigen anbelangt, so darf man das wohl nicht so streng nehmen; offenbar hatte er sich mit der betr. Sache, wie mit vergleichender Anatomie, nicht beschäftigt. Wie wir ihn kannten, hätte er, wenn er etwas darüber gewusst hätte, bereitwilligst Auskunft gegeben.

Wir haben übrigens ebenfalls bei Autoritäten etc. nachgefragt und hoffen in nächster Nummer unseres werthen Correspondenten bange Zweifel heben zu können. D. Red.)

Correspondenzen.

Philadelphia, Mai 1886.

Am Abend des 18. Mai hielt die hiesige *County Medical Society* eine Sitzung ab, um den Bericht ihrer Delegaten zur *American Medical Association* entgegenzunehmen. In dem Berichte wurde zunächst auf die Legalität der Delegatenwahl hingewiesen; es wurde eine grosse Anzahl von Präcedenzfällen angeführt; in denen die Freunde des Shoemaker'schen Wahlzettel gerade Das gethan hatten, was sie jetzt der Majorität als ungesetzlich ausgelegt hatten. Auch wurden die Gutachten zweier Gesetzgeber berichtet, welche in Bezug auf parlamentarische Regeln als Autoritäten anerkannt werden und die Beide*) der Meinung

*) Einer derselben ist der frühere Sprecher des Repräsentantenhauses im Congress, Mr. Samuel Randall.

sind, dass die damaligen Verhandlungen der *County Medical Society* durchaus gesetzlich und rechtsgültig geführt worden sind.

Dann kam die Behandlung zur Sprache, welche den Delegaten in St. Louis zu Theil wurde.

Als dieselben ihre Beglaubigungsschreiben einreichten, lenkten sie die Aufmerksamkeit der betr. Beamten auf den Umstand, dass die Gesetzlichkeit ihrer Wahl in Zweifel gezogen worden sei.

Trotz dieser offenen Erklärung wurden sie in die Listen eingetragen, und nahmen, nachdem sie ihre Beiträge bezahlt, ihre Sitze als Mitglieder der *Am. Med. Association* ein. Nun wurde bekannt gemacht, dass ein Protest gegen ihre Anerkennung als Delegaten eingereicht worden sei und derselbe wurde an das *Judicial Council* verwiesen. Jetzt verlangten die Delegaten vom Letzteren, es solle ihnen den Inhalt des Protestes und die Namen der Unterzeichner bekannt geben. Dies wurde ihnen verweigert und sie wurden aufgefordert, aus ihrer Mitte einen Vertreter vor dem *Council* zu erwählen. Dr. John B. Roberts wurde dazu gewählt.

Als er der Vorladung Folge leistete, erklärte er vor dem *Council*, dass die Delegaten nur im Interesse der Einigkeit bereit gewesen seien, ihm die Vertretung zu übertragen, aber dass sie auf keins ihrer Rechte Verzicht leisteten, oder dem *Council* das Recht zuerkannten, sich zu weigern, mehr als einen Delegaten anzuhören; sie protestirten ferner gegen die Weigerung des *Council*, ihnen die Anklage und die Ankläger bekannt zu geben, resp. ihnen Gelegenheit zu geben, die Letzteren zu confrontiren.

Man bewilligte Dr. Roberts nur fünf Minuten (!), um die Ansichten der Delegaten auszuführen. Dann stellte man verschiedene Fragen an ihn, nach deren Fassung er sofort vermuthen konnte, dass man gegen die Zulassung der Delegaten aus dem Grunde protestirt habe, weil die Versammlung, in der sie gewählt worden, nicht ruhig und ordentlich verlaufen, und weil dieselbe in illegaler Weise mit Anhängern der betr. Partei angefüllt worden sei (*packed*). Darauf erwiderte Dr. Roberts, dass die Versammlung durchaus ohne jede Störung und Unordnung verlaufen sei, obgleich eine Zeit lang grosse Aufregung geherrscht, dass alle Mitglieder Einladungen erhalten hatten und wussten, um was es sich handelte.

Das *Judicial Council* sandte darauf dem Sekretär der *Am. Med. Association* einen Bericht ein, in welchem der Delegation das Recht der Zulassung zuerkannt wurde. Obgleich der Präsident wusste, dass dieser Bericht nahezu zwei Tage auf dem Sekretärspulte lag, so wurde er doch nicht aufgenommen und verlesen (wie das hätte geschehen müssen), trotz wiederholter Aufforderung von Seiten des Dr. Roberts. Im Gegentheile, der Bericht wurde dem *Council* wieder zugestellt und nachdem das Letztere mit einigen der unterlegenen Partei angehörenden Mitgliedern der *Philadelphia County Med. Soc.* conferirt hatte, reichten sie einen anderen Bericht ein, welcher eine Stunde vor der endgültigen Vertagung verlesen wurde, in welchem den Delegaten die Zulassung verweigert und die Angelegenheit an unsere *County Med. Soc.* zurückverwiesen wurde.

Um nun über diesen Bericht Beschluss zu fassen, war eben die Versammlung einberufen worden uud hatte die Minorität Nichts unversucht gelassen, um alle ihre Anhänger zusammenzubringen.*)

*) Unter anderem wurde folgende anonyme Annonce in die Tagesblätter einge rückt: "You are earnestly requested to attend a special meeting, Tuesday evening

Es waren sehr viele Mitglieder anwesend und nach Verlesung des Berichtes wurde derselbe mit grosser Majorität angenommen und beschlossen 1000 Exemplare davon drucken zu lassen, um sie den Mitgliedern der *American Medical Association*, sowie denen der *Pennsylvania State Medical Society* zuzuschicken.

Hierauf meldete sich Dr. Knight zum Worte und wollte einen sogenannten Minoritätsbericht verlesen. Gegen Entgegennahme desselben als eines „Minoritätsberichtes" wurde jedoch Einsprache erhoben und zwar deshalb, weil die beiden Unterzeichner desselben sich von Anfang an geweigert hatten, als Mitglieder der Delegation zu gelten und nicht nur mit derselben in Philadelphia und in St. Louis nichts zu thun haben wollten, sondern gerade am thätigsten gewesen waren, um die Zurückweisung der Delegaten Seitens der *Am. Med. Association* herbeizuführen. Um jedoch gerecht zu sein und zu hören, was die Herren vorzubringen hätten, wurde Dr. Knight ersucht, das betr. Schreiben vorzulesen. Er weigerte sich dessen.

Nun fand Dr. Wm. Pancoast den Muth, Alles vorzubringen, was er zur Vertheidigung des *Judicial Council* sagen konnte; seiner Rede liess jedoch Nichts entnehmen, was nicht schon in dem Berichte der Delegaten vollständige Widerlegung gefunden.

Dr. D. Hayes Agnew brachte hierauf eine Reihe von Beschlüssen ein, in welchen das Erstaunen der Gesellschaft ausgesprochen wird über die Vorgänge in St. Louis, welche ferner die gesetzliche Gültigkeit der Delegatenwahl ausdrücklich bestätigen, und die Berechtigung derselben gerichtlich auf ihre Anerkennung zu dringen, anführen, obgleich sie im Interesse des Friedens davon Abstand nehmen werden und die endlich die Handlungsweise des *Judicial Council* als ungerecht verurtheilen.

Diese Beschlüsse wurden mit 137 gegen 24 Stimmen angenommen.

Ebenso ein Dankesbeschluss, welcher die Handlung der Delegaten in St. Louis gutheisst.

Die Stimmung in der Versammlung war eine sehr erregte und die kleine Minorität wandte alles Mögliche auf, um einen Meinungsausdruck seitens der Majorität zu verhindern, was ihnen aber nicht gelang.

Es ist kaum nöthig, nochmals darauf hinzuweisen, dass es sich hier nicht um einen Kampf unserer *County*-Gesellschaft gegen die *Am. Med. Association* handelt. Die Sache liegt ganz anders. Die Gesellschaft hat nur das Verfahren der hochgeachteten Mitglieder gutgeheissen, welche zu Delegaten gewählt worden waren und sie hat den wenigen, welche sie in New Orleans in unpassender Weise vertreten und in St. Louis gegen die eigene Delegation arbeiteten, ihre Missbilligung zu verstehen gegeben. Diese Leute behaupteten immer, dass sie die Majorität der hiesigen Mediziner verträten und die *County*-Gesellschaft hat sie bis vor Kurzem ruhig gewähren lassen. Durch diese Unthätigkeit schien es, als ob die Thätigkeit jener Herren von der Majorität gebilligt würde. Dass dem nicht so ist, ist aber nun zur Genüge bewiesen.

Es steht zu hoffen, dass die *Am. Med. Association* im nächsten Jahre klug genug sein wird, uns nicht wieder so ungerecht zu behandeln und den Machinationen einiger Wenigen aus unserer Mitte entgegen uns das uns zukommende Recht einräumen wird. Dr. Chas. W. Dulles.

May 18, at 8 o'clock, and assist in defeating the reprimanding or withdrawing of the society from membership in the American Medical Association. Please be in your seat early, as the opponents of the American Medical Association *will try to pack the meeting* and carry out their their threats made at St Louis and through the public press of Philadelphia." (Signed) Many Members.

Bücherschau.

Der Blutkreislauf der Ganglienzelle, von Prof. Dr. Albert Adamkiewicz; Berlin; Aug. Hirschwald; 1886.

In früheren Arbeiten zeigte der Verf., dass ein Rückenmarksabschnitt um so mehr Blut bekommt je mehr Ganglienzellen er enthält. Dem entsprechend ist die graue Substanz reicher an Gefässen als die weisse und innerhalb der grauen Substanz bekommen die Vorderhörner am meisten, die Umgebung des Centralkanals am wenigsten Blut. Verf. stellte sich nun in vorliegender Arbeit die Frage in welcher Weise die Ganglien selbst mit dem Blut in Verkehr treten.

Aus anatomischen und technischen Gründen werden die Injektionen an den Intervertebralganglien der drei obersten Wurzeln des *Plexus brachialis* gemacht. Diese sind es, welche ihr Blut vorzugsweise aus der *Arteria vertebralis* erhalten, während die anderen Rückenmarkstheile durch Gefässe versorgt werden, die mit den Wurzeln verlaufen und die der Verf. in seinen früheren Arbeiten *Aa. spinales anteriores et posteriores* genannt hat.

Zur Injektion wurde Carminleim, zum Färben Safranin verwendet. Letzteres färbt Nervenmark orange, Kerne und Ganglienzellen aber violet. Auf einem Schnitt der durch beide Nervenwurzeln geht, sieht man an einem Intervertebralganglion folgendes: Es ist elliptisch, von Bindgewebe umgeben. Die an den beiden Polen eintretenden Nervenstämmchen zerfallen in immer feiner werdende Stränge, die ein Netz bilden, in dessen Lücken die Ganglienzellen liegen. Diese selbst sind unregelmässig gestaltet, dicht an einander liegend. Ihre stark gefärbten Kernkörperchen sind von hellen Höfen umgeben. Jede Zelle ist von einem Kreise umgeben, der bei schwacher Vergrösserung aus einzelnen Punkten zusammengesetzt erscheint.

Die Resultate, zu denen der Verf. in Bezug auf den Bau einer Ganglienzelle und ihre Beziehungen zum arteriellen Gefässsystem kommt, sind folgende: Der Körper der Ganglienzelle ist von einer (homogenen) Membran umgeben, die selbst kugelförmig gestaltet ist (wie der Körper der Ganglienzelle) die sich aber an zwei Stellen in Röhren fortsetzt. Diese Röhren selbst aber sind nichts anderes als integrirende Wandungsbestandtheile zweier kleiner arterieller Gefässe, eines *Vas afferens* und eines *Vas efferens*. Mit anderen Worten:

Der Körper der Ganglienzelle liegt in einem arteriellen Gefässdivertikel und ist allseitig von arteriellem Blute umspült. Dieses Divertikel oder die Membran der Ganglienzelle ist umgeben von einer Kapsel. Sie besteht aus einer einschichtigen Lage Plattenepithel, auf das aussen Bindegewebe aufgelagert ist. Der Raum zwischen Kapsel und Membran hat die Bedeutung eines perivasculären Lymphraumes. Bewiesen wird dies dadurch, dass die Kapsel zwei röhrenförmige Fortsätze hat. Im einen derselben verläuft das *Vas afferens*, im anderen das *Vas efferens*.

Ueber das Verhalten der Arterien innerhalb eines Ganglions ist folgendes zu sagen: Die meisten derselben treten mit den Wurzeln in das Ganglion ein, nur wenige durchbohren isolirt die Kapsel. Im Ganglion selbst bilden die Arterien ein Netzwerk in der Art dass jede Zelle entweder von einem einfachen arteriellen Ringe oder von einem annähernd kugeligen Netze arterieller Capillaren umgeben ist. Aus diesem kommt das *Vas afferens* und zu diesem geht das *Vas efferens* zurück. Arterielles Blut, das einen Ganglienzellkörper umspült hat, kann auch zu einem zweiten gelangen.

Von der *Vena vertebralis* aus konnte Verf. die Venen der betreffenden Intervertebralganglien injiciren. Innerhalb eines Ganglions ist die Vertheilung der Venen nicht so regelmässig wie die der Arterien. Was die einzelnen Ganglienzellen selbst betrifft, so findet man, dass die Injectionsmasse mitten in den Körper der Ganglienzellen eingedrungen ist und vollkommem scharf gegen die Umgebung abgegrenzt denjenigen Raum einnimmt den man sonst als *Kern* bezeichnete. Das Kernkörperchen ist als solches in Mitte dieses Raumes vorhanden. Von diesem centralen Ganglienraum entspringen regelmässig ein, zuweilen auch zwei zarte venöse Gefässchen, welche geradlinig auf dem Wege eines Kugelradius den Zellkörper, die Membran und die Kapsel durchbohren, um sich in eine vorbeigehende kleine Vene zu versenken. Dieses Injektionsresultat ist am Rückenmark von Foeten mit grösserer Regelmässigkeit zu erhalten, als an dem der Erwachsenen.

Wenn man in geeigneten Safraninlösungen Schnitte von embryonalen Rückenmark macerirt, so wird alle Nervensubstanz zerstört zu einer Zeit wo alles Stützgewebe noch intensiv violet gefärbt und gut erhalten ist. Auf diese Weise bekam Verf. Aufschluss über folgende zwei Punkte:

Erstens: Der centrale Hohlraum besitzt eine distinkte Wandung, an die die

Wandung der abführenden kleinen Vene sich wie ein Tubulus an eine Retorte ansetzt.

Zweitens: Das Kernkörperchen ist innerhalb des centralen Hohlraumes durch ein Fadennetz an seiner Stelle festgehalten.

Die vom Verf. mitgetheilten Resultate sind von einer so durchschlagenden Bedeutung, dass der Arbeit zweifellose von Theoretikern wie Praktikern grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Namentlich letztere möchte ich an eine Thatsache erinnern, die Hyrtl wiederholt in seinen Schriften ausführt, nämlich dass jede bedeutende Entdeckung in der Anatomie auch einen wesentlichen Fortschritt in der praktischen Medizin veranlasst. E. T.

Mikroskopische Reactionen. Eine Anleitung zur Erkennung verschiedener Elemente und Verbindungen unter dem Mikroskope v. Dr. K. Haushofer; Berlin 1886; Aug. Hirschwald.

Der Verfasser giebt Anleitung wie man Verbindungen vieler Elemente darstellen kann, die unter dem Mikroskope sich in charakteristischen Krystallen und Drusen präsentiren, so dass sie mit Sicherheit immer wieder erkannt werden können. Auf diese Weise genügen ausserordentlich geringe Mengen, um die Anwesenheit eines bestimmten Elementes oder einer bestimmten Verbindung erkennen zu können. Es lag nicht im Plane des Werkes organische Krystalle — zu deren Erkennung die physiologischen Chemiker schon seit lange das Mikroskop verwenden — zu berücksichtigen. Vorläufig dürfte das sorgfältig illustrirte Werk für den Hygieniker und eventuell Gerichtsarzt wichtiger sein als für den Vertreter der curativen Medizin. E. T.

Der gegenwärtige Stand der Electrotherapie in Theorie und Praxis v. Prof. Dr. A. Eulenburg, Separat-Abdr. aus *Berliner klin. Wochenschrift* 1886, No. 12.

Im nächsten Jahre werden es 4 Decenninn seit Duchenne zum ersten Male seine Erfahrungen über die Anwendung des Induktionsstromes veröffentlichte und in diesem Jahre werden es 30 Jahre seit R. Remak zum ersten Mal den constanten Strom therapeutisch verwerthete. Die Meinungen über den Werth der Elektrotherapie gehen heut zu Tage weit auseinander und darum giebt, um eine Orientirung zu ermöglichen, der Verf. einen Ueberblick über die verschiedenen, sich zeitlich folgenden Lehrmeinungen. Dabei berücksichtigt er hauptsächlich den constanten Strom. In seinem letzten Werke „Application du courant constant au traitement des névroses;" Paris, 1865; führt Remak an, dass entsprechend dem Marianini'schen Gesetz, die sensibelen Nerven stärker vom absteigenden, die notorischen stärker vom aufsteigenden Strom erregt werden. Ferner giebt er an, — und dies ist der Keim der späterea polaren Methode — dass die Anode der Wirkung des absteigenden, die Kathode der des aufsteigenden Stromes entspreche. In demselben Werke spricht Remak von einer katalytischen Wirkung des Stromes, die er aber immer mehr und mehr als eine antiphlogistische auffasst, und entsprechend den seiner Zeit über die Entzündung herrschenden Lehren erklärt. Einer genauen experimentellen Prüfung wurden die diesbezüglichen Angaben Remak's nie unterworfen und seine Nachfolger waren bestrebt, die am isolirten Froschnerven gewonnenen Resultate auf den Nerven im menschlichen Körper zu übertragen. Dabei aber stellte sich als wichtigstes Resultat heraus, dass die mit dem Electrotonus des Froschnerven verbundenen Erregbarkeitsänderungen beim Menschen nur von untergeordneter Bedeutung sein können.

Hierauf folgte die durch Brunner inaugurirte Periode der „polaren Methode." Als Untersuchungsmethode, auf die Diagnostik angewendet war dieselbe von sehr grossem Werthe und beruht die Entdeckung der Entartungsreaktion wesentlich auf ihr. Als rein therapeutische Methode sagt sie im Wesentlichen nur aus, dass dem positiven Pole ein beruhigender, dem negativen ein erregender Einfluss auf die Nerven zukomme. Von dieser Regel aber giebt es so viele Ausnahmen, dass man in neuerer Zeit dem Strom als solchem die Heilwirkungen zuschreibt, und diesen darum möglichst genau zu dosiren bestrebt ist. Eulenburg giebt dann eine Uebersicht über die diesbezüglichen Bestrebungen. Das Wichtigste derselben dürfte dem Leser dieser Zeitschrift aus einem kleinen Aufsatze des Ref. in der Märznummer bekannt sein. E. T.

"Wissenschaftliche Wochenblätter für Gebildete aller Stände" nennt sich eine von Ch. Schmidt & Co., Dubuque, Ia., herausgeg. Zeitschrift, die wir ihres reichen Inhaltes wegen — alle Gebiete des modernen Wissens sind vertreten und zum Theil durch hübsche Illustrationen erläutert — empfehlen können. Das uns vorliegende Heft No. 45 bringt: Berühmte Geographen, Naturforscher und Reisende. Wilhelm Heine, (mit Abbildung.) — Volkswirthschaftslehre und Ethik.

Von Dr. Fr. Jodl. — Traube und Wein in der Culturgeschichte. Von Dr. Georg Thudichum. — Das Leben in den Meerestiefen. Von Prof. Dr. Richard Hertwig. (Mit Abbildung.) — Moses Mendelson. — Woher stammt der akademishe Brauch des Salamander-Reibens? (Mit Abbildung.) — Wissenschaftliche Notizen: Luftschiffahrt. — Polytechnische Mittheilungen. — Gesundheitspflege. — Haus- und Landwirthschaft. — Presse und Buchhandel. — Feuilleton: Mein erster Patient. Aus den Erinnerungen eines Arztes erzählt von Marc. Boyen. — Miszellen. — Aphorismen.

New York Medical Monthly; *a Journal of Practical Medicine and Surgery*; J. Leonard Corning, M. D., Editor.

Diese neue Monatsschrift kündigt im Einführungsartikel an, dass die Erfordernisse des praktischen Arztes zu erfüllen, das Hauptbestreben der Redaktion sein wird. Eine Anzahl tüchtiger Namen steht auf der Liste der Mitarbeiter und die erste Nummer enthält mehrere interessante Artikel, Leitartikel etc. Wir wünschen der neuen Collegin Glück auf ihrem Lebenswege. G. W. R.

Quiz Compend No. 11; a Compend of Pharmacy by F. E. Stewart, M. D., Ph. G.; Philadelpia; P. Blakiston, Son & Co.; 1886.

Diese elfte Nummer der bekannten Serie von praktisch werthvollen Repetitorien, welche die unternehmende Philadelphier Firma herausgiebt, schliesst sich dem *Textbook on Pharmacy* von Prof. Jos. Remington an, das sehr weit verbreitet und viel benutzt ist. Die sachliche Eintheilung, sowie die technische Ausstattung des *Quiz Compend on Pharmacy* ist sehr praktisch und übersichtlich und desshalb auch als Hülfsmittel zum schnellen und leichten Nachschlagen sehr geeignet. Namentlich Studenten und Präceptoren ist seine Benutzung sehr zu empfehlen.

G. W. R.

Pocket Medical Formulary, arranged therapeutically by A. Hazard, M. D. and B. Goldberg, M. D.; revised and enlarged by A. S. Gerhard, M. D.; Philadelphia; 1886. New York Agent: Hugo Kantrowitz, 104 John Str.

Dieses kleine Taschenbuch enthält, nach Krankheiten geordnet, etwa 1100 Rezeptformeln von verschiedenen in- und ausländischen Autoritäten. Für den jüngeren, vielbeschäftigten Arzt mag dasselbe als "*Ready Reference*" von Vortheil sein. Eine flüchtige Durchsicht zeigte uns eine im Ganzen gute und sorgfältige Auswahl. Sonderbar ist jedoch, dass unter Peritonitis nicht der heroischen Opiumbehandlung der hiesigen Autoritäten (Clark) gedacht ist; auch vermissen wir das Trypsin unter den croupöse Membranen lösenden Mitteln.

(Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Broschüren:)

A Treatise on the Diseases of the nervous system by William A. Hammond, *Eighth Edition*; New York. D. Appleton & Co.; 1886.

Medicine of the Future; An address prepared for the Annual Meeting of the *Brit. Med. Ass'n* in 1886, by Austin Flint, senior, New York; D. Appleton & Co.; 1886.

Protokolle der Sitzungen der Gesellschaft der Kiewer Aerzte für die Jahre 1883 & 1884; sowie Beilage, enthaltend Hospitalberichte etc., herausgegeben und redigirt von Prof. Dr. G. N. Muench im Selbstverlage der Gesellschaft, Kiew, Russland; 1886. (Russisch.)

Trautmann: Anatomische, pathologische & klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille; sowie chirurgische Behandlung der Hyperplasie zur Verhütung von Erkrankungen des Gehörorganes von Dr. F. Trautmann, Berlin; Aug. Hirschwald, 1886.

Guérison certaine du Cholera etc.; Rapport à la Académie des Sciences; Fécamp; Paris; 1885.

Die Behandlung der Placentarperiode von Dr. Felsenreich; Zur Behandlung der scrophulösen Leiden von Dr. J. Rabl; (Wiener Klinik 1886; Heft 1) Urban & Schwarzenberg; Wien.

Ueber Leukoplakia (Psoriasis) der Zungen- und Mundschleimhaut und über den Einfluss einer Carlsbader Kur auf dieselbe, von Dr. Emerich Hertzka; Sep. Abdr. a. d. *Deutsch. Med. Wochenschr.* No. 13, 1880.

Zur Aetiologie und Kasuistik des Diabetes mellitus; von Dr. Emerich Hertzka; Erweiterter Sep. Abdr. im Selbstverlage des Verfassers; Carlsbad, 1885.

Diphtherie von Dr. Nœldechen, Arzt a. d. k. Landesschule Pforta; Sonderabdruck aus der *D. Medizinal-Zeitung*; Heft 63.

Advance Sheets of the Optical Catalogue, from Meyrowitz Bros., New York.

Protokolle der „Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte" von New York.

Sitzung vom 28. März 1884. *

Vorsitzsader: Dr. Oberndorfer; Secretair: Dr. A. Schapringer.

Vaccine — Pusteln durch zufaellige uebertragung.

Dr. Oberndorfer stellt ein Mädchen mit je einer Vaccinepustel an beiden Mundwinkeln und auf der rechten Schulter vor. Die Pusteln entstanden in Folge von zufälliger Uebertragung von einem kleinen Bruder, der vor zwei Wochen geimpft worden war.

Contractur des Trapezius.

Dr. Tiegel stellt für Dr. Rudisch, der abwesend ist, einen 5jährigen Knaben vor, dessen rechtes Schulterblatt auffallend höher steht als das linke. Dr. Rudisch hält diese Stellung für zu Stande gekommen durch Contractur des oberen Theils des Trapezius dieser Seite in Folge chronischer Myositis.

Dr. Gerster meinte, dass es sich um eine Lähmung des rechten *Serratus anticus major* handle.

Dr. A. Jacobi glaubt nicht, dass eine Serratuslähmung vorliege, denn dafür stehe der mediale Rand der Scapula nicht weit genug vom Thorax ab; auch wäre bei einer derartigen Lähmung das Schulterblatt weiter nach vorn gerückt und würde bei Bewegungen des Arms grosse Excursionen machen. In Bezug auf Behandlung würde er von lang dauernder Massage und methodischer Streckung der Theile das meiste erwarten.

Bleivergiftung.

Dr. Geo. W. Jacoby stellte einen eigenthümlichen Fall von Bleivergiftung vor. Patient, ein Mann von 57 Jahren, war bis vor 2 Jahren vollkommen gesund. Damals contrahirte er einen Schanker, der bald zuheilte, ohne dass secundäre Symptome folgten. Von damals an bis vor 12 Wochen blieb er vollkommen gesund. Neun Monate vor Anfang seiner gegenwärtigen Krankheit fing er an in einer Farbenfabrik zu arbeiten, wo er beständig mit Bleiweiss umzugehen hatte. Vor ungefähr 3 Monaten, nachdem er einige Tage nicht recht bei Appetit war, fing er plötzlich ohne sonstige prodromale Erscheinungen zu brechen an. Das Würgen und Brechen hielt eine Woche hindurch fast unaufhörlich an. Kolik war nicht zugegen, auch keine cerebralen Erscheinungen. Der Stuhlgang war hart. Nach Aufhören des Erbrechens stellten sich intensive Kopfschmerzen ein, welche 3 Tage anhielten. Hierauf fühlte er sich so wohl, dass er sich als geheilt betrachtete. Schon nach Ablauf einer Woche fingen seine Füsse zu schwellen an, seine Finger wurden ungelenk, so dass er seine Kleider nicht zuknöpfen und Messer und Gabel nicht gebrauchen konnte. Er konnte den Fussboden nicht mehr unter sich fühlen und wusste im Bett nicht, wo seine Beine lagen. Am 7. Februar fand sich folgender *Status praesens*:

Patient klagt über Unvermögen, Beine oder Hände zu gebrauchen. Es besteht hochgradige Anästhesie der Hände und Füsse. Die Localisation von Schmerzempfindung ist beeinträchtigt, auch ist verlang-

* In No. 4 wurde anstatt des obigen das Protokoll vom 27. März 1885 veröffentlicht. Wir lassen dasselbe daher jetzt folgen und in der, nach vollständiger Veröffentlichung der uns überlassenen Protokollen, von den Herausgebern zu veranstaltenden Separat-Ausgabe wird dasselbe an der ihm zukommenden Stelle Platz finden.

samte Schmerzempfindlichkeit auf die Dauer mehrerer Secunden nachzuweisen. Patellarsehnenreflexe fehlen vollständig. Die Mittelfinger sind beiderseits paretisch. Das Zahnfleisch zeigt keine blaue Verfärbung. Es besteht Unvermögen, die Gewichtsdifferenz kleiner Objekte wahrzunehmen. Die Muskeln reagiren auf electrische Reizung normal, bis auf die beiden paretischen Extensoren. Diese zeigten eine Herabsetzung der faradischen und eine Erhöhung der galvanischen Erregbarkeit. Die grobe Muskelkraft der Hände und Beine ist gut erhalten. Patient klagt über Schmerzen in den unteren Extremstäten.

Seit der Zeit als dieser Status aufgenommen wurde, hat die Anästhesie der Hände und Füsse bedeutend abgenommen und die Ataxie sich beträchtlich gebessert, Sehnenreflexe sind jedoch noch immer nicht vorhanden. Redner betrachtet den Fall als ein Beispiel jener seltenen Fälle von chronischer Bleivergiftung, bei welchen das Muskelsystem fast intact bleibt, von Encephalopathie nichts in Erscheinung tritt, und welche sich auf das Rückenmark concentriren. Die nicht ganz leichte Differentialdiagnose hat zwischen einer syphilitischen Gehirnaffection und chronischer Bleivergiftung zu entscheiden. Die Diagnose der Bleivergiftung stützt sich auf folgende Punkte:

1. Die Anamnese.
2. Die symmetrische Entartung der Extensoren.
3. Die Entartungsreaction in diesen Muskeln.
4. Als Unterstützungspunkte dienen die Anfangssymptome: Erbrechen, Obstipation, Cephalalgie und die örtliche Anästhesie. Die Therapie bestand aus grossen Dosen Jodkalium, Inunctionen und Galvanisation des Rückenmarks.

Dr. A. Jacobi meinte, dass das plötzliche Auftreten und die Ataxie für Syphilis sprächen.

Aneurysma des Aorten-Bogens.

Dr. Schmitt stellt ein 36jährigen Mann mit *Aneurysma arcus aortae* vor. Patient, ein Schmidt, hat ein cyanotisches Aussehen, klagt über Husten und Athemnoth, Schmerzen auf der Brust und in den Armen, besonders im linken. Seine Stimme ist hoch, absatzweise, schnatternd. Er athmet stridorös. Die Untersuchung des Kehlkopfs ergiebt Cadaverstellung des linken Stimmbandes, gleichzeitig erscheint dasselbe etwas ausgeschweift. Bei der Phonation bewegt sich das gesunde Stimmband etwas über die Mittellinie nach der kranken Seite zu hinaus —

Die Perkussion ergiebt links vorne oben eine Dämpfung, die sich bis hinauf in die Supraclaviculargegend erstreckt, nach unten bis zur dritten Rippe, nach rechts bis zur Mitte des Sternum. Gleichzeitig mit dem Herzstoss ist über dieser Stelle eine schwache Pulsation zu fühlen. Von der Herzdämpfung ist diese Stelle durch einen etwa zwei Finger breiten normalen Lungenschall getrennt. Der Herzstoss befindet sich im 5. Intercostalraum etwa zwei Finger breit ausserhalb der Mamillarlinie. Dementsprechend ist die Herzdämpfung nach links verbreitet, nach rechts und oben dagegen innerhalb normaler Grenzen. Auscultatorisch ist man im Stande, besonders links oben die Erscheinungen eines Catarrhs, sonst aber auf der ganzen linken Seite im Vergleich zu rechts ein bedeutend abgeschwächtes Athemgeräusch zu constatiren. Auf der Mitte des Sternum hört man ein schwaches systolisches Geräusch, das auch über der pulsirenden Stelle, aber viel schwächer zu hören ist und wahrscheinlich fortgeleitet ist. Der Puls in der linken Carotis, Sub-

clavia und Radialis sehr klein, kaum zu fühlen und verspätet im Vergleich zum linken Radialpuls, der gross und gespannt ist.

In Bezug auf die Töne und Geräusche, welche über Aortenaneurysmen gehört werden erwähnt der Vortragende, dass man diastolische Geräusche im allgemeinen als fortgeleitet und von gleichzeitig bestehender Aortenklappeninsufficienz herrührend betrachtet, während man das selbstständige Entstehen von systolische Geräuschen in den Aneurysmen zugiebt. Aber selbst bei Anwesenheit von Geräuschen sollte man nicht vergessen, dass ein systolischen Geräusch über dem Sternum, dem Anfangstheil der Aorta entsprechend gehört werden kann ohne Stenose der Aortenklappen und einfach bedingt durch Veränderungen im Arterienlumen durch Compression von Seiten des Aneurysma. Auf der anderen Seite kommen diastolische Geräusche vor, die nur durch eine relative Insufficienz der Aortenklappen bedingt sind, indem der Anfangstheil der Aorta erweitert ist und ein vollständiger Verschluss der an und für sich vollkommen intakten Klappen nicht mehr stattfinden kann.

Auch das beim Patienten zu hörende systolische Geräusch auf der Mitte des Sternums bezieht der Vortragende nicht auf eine organische Veränderung der Aortenklappen, d. h. Stenose, sondern auf eine Veränderung des Arterienlumens, möge sie nun auf einer Erweiterung oder auf einer von Seiten des Aneurysma bewirkten Compression beruhen. Gegen die Annahme einer Läsion der Klappen spricht die Beschaffenheit des Pulses auf der gesunden Seite und ferner der Umstand, dass man noch den ersten Ton durchzuhören im Stande ist. Der sonst sehr häufig zu constatirende Befund einer einseitigen Recurrenslähmung mit Vorwiegen der Abductorfasern ist hier nicht nachzuweisen, statt dessen unilaterale complete Recurrenslähmung und Lähmung des *Tensor chordae.*

Aneurysma der Aorta decendens.

Im Anschluss an diesen Fall demonstrirt Dr. Schmitt Herz und Aorta eines vor Kurzem an Hämorrhagie plötzlich verstorbenen 42 Jahre alten Mannes. Die Untersuchung Ende Februar ergab die Erscheinungen einer Stenose und Insufficienz der Aortenklappen mit wahrscheinlich gleichzeitig bestehendem Aneurysma der absteigenden Aorta. Während das systolische Geräusch nur sehr schwach vorhanden war, konnte das diastolische Geräusch an der Herzspitze, mit seiner grössten Intensität am rechten Rande des Stermuns, entsprechend dem zweiten rechten Rippenknorpel, ferner mit auffallender Stärke an der Capubclavia, Carotis und am Rücken zwischen den Schulterblättern vernommen worden. Die Lungen boten die Erscheinungen des Katarrhs Patient klagte über nun seit 1½ Jahren bestehende, unerträgliche Schmerzen im Rücken, von da nach vorne in die Schu ter in die Arme ausstrahlend. Etwa drei Wochen nach dieser Untersuchung starb Patient plötzlich an Hämorrhagie. Die Autopsie lieferte folgenden Befund: Starke Fettanhäufung im vordern Mediastirnum, ebenso Fettablagerung auf dem Herzen, besonders am Ursprung der grossen Gefässe, der Herzspitze und zwischen Pericardium und der Herzmusculatur. Lungen, an vielen Stellen der Brustwand und dem Zwerchfell adhärent, zeigen viele zerstreute käsige Knötchen. Klappenapparat des Herzens normal, mit Ausnahme der Aortenklappen, von denen eine mit ihrem freien Bande verkürzt war. Stenose nicht vorhanden. Die Arterienwände zeigen das Bild der chronischen Endarteriitis. Gelbe, in das

Lumen vorspringende Knötchen, theilweise verkalkt, theilweise ulcerirt. In der Media zerstreut harte, nicht selten verkalkte Verdickungen. Diese Veränderungen setzen sich auch in die Halsgefässe fort. Anfangstheil der Aorta descendens zu einem etwa faustgrossen Sack umgewandelt, der da wo er an der Wirbelsäule aufliegt, eine starke Schichte alter Blutgerinnsel aufweist. Der 3. und der 4. Brustwirbelkörper zeigten, der Stelle entsprechend, wo der angerysmatische Sack auflag, rauhwandige Vertiefungen, in die man die Kuppe des Zeigefingers ½ Cm. tief einführen konnte.

Der Durchbruch hatte in den Oesophagus stattgefunden, der mit frischem Blut und Blutgerinnseln erfüllt war und an dem eine etwa 2 cm. im Durchmesser haltende, mit frischen Blutgerinnseln verlegte Oeffnung in den aneurysmatischen Sack führte. Ein Druck auf den linken Bronchus hatte jedenfalls nur in geringem Grade stattgefunden, da diese weder eine Abplattung, noch eine Verdünnung seiner Wandung aufwies.

Caries des Hinterhauptbeines.

Dr. Caillé demonstrirt ein Präparat, herrührend von einem 6 Wochen alten Kinde. Dasselbe war gut entwickelt zur Welt gekommen. Nachdem es 3 Wochen lang krank gewesen unter bronchitischen Erscheinungen, traten 24 Stunden vor dem Tode Convulsionen und rechtzeitiger Exophthalmus auf. Bald darauf begann auch Exophthalmus des linken Auges. Dr. Caillé sah das Kind in Consultation und diagnostizirte eine Sinus Thrombose. Bei der Section fand man Caries der *Pars basilaris* des Hinterhauptbeins. Der damit im Zusammenhang stehende Abscess dehnte sich nach vorn zu beiden Seiten der *Sella turcica* hin aus. Der Druck auf die *Sinus cavernosi*, in welche die *Venae ophthalmicae* einmündeten, verursachte den Exophthalmus.

Dr. A. Jacobi erkundigte sich, ob bei der Geburt die Zange angelegt worden sei.

Dr. Caillé erwiederte, die Geburt wäre protrahirt gewesen, doch sei keine Zange angelegt worden.

Dr. A. Jacobi erinnerte sich eines Falles von Craniotabes des Stirnbeins bei einem Neugeborenen, welche hervorgerufen worden war durch den Druck des Kopfes auf die scharfen Beckenränder.

Rhinolith.

Dr. Schapringer zeigt einen Rhinolithen, den er aus der rechten Nasenhöhle eines 13jährigen Mädchens entfernt hatte.

Trocar mit seitlichen Oeffnungen.

Dr. Caillé zeigt ein Trocar, dessen Rohr er, um das Ausfliessen der Flüssigkeit bei der *Punctio abdominis* zu erleichtern, mit seitlichen Oeffnungen versehen liess.

Dr. Oberndorfer hält diese seitlichen Oeffnungen wegen vermehrter Gefahr des Lufteintritts für nicht unbedenklich. Dr. Schapringer bemerkt, dass dieser Einwand wohl bei der Punktion der Pleurahöhle in Betracht zu ziehen sei, bei der Punktio abdominis jedoch wegfalle.

Laehmung des M. omo-hyoideus.

Dr. Meltzer berichtet über den Fall eines Mannes, der über Schmerzen in der linken Schulter klagte, welchen Vortragender auf einen im linken *Musculus omo-hyoideus* localisirten Rheumatismus bezog. Der

Patient gab an, dass die Schmerzen jäh aufzutreten pflegten, und nur ganz kurze Zeit anhielten, doch konnte er sich nicht erinnern, unter welchen Umständen dies jeweilig geschah. Dr. Meltzer constatirte bei der Untersuchung, dass das Schmerzgefühl jedesmal bei weitem Oeffnen des Mundes auftrat und bezog es desshalb auf den hintern Bauch des *Musculus omo-hyoideus*, welcher Muskel in Verbindung mit dem *Sterno-hyoideus* das Zungenbein und die sich an demselben inserirende Sehne des *Musculus stylohyoideus* von unten her fixirt, wenn der Digastricus den Unterkiefer zum Zweck des Oeffnens des Mundes nach unten und hinten zu ziehen hat. Einreibungen und Application von Wärme in der *Fossa supraclavicularis*, von wo aus der hintere Bauch des Omohyoideus am zugänglichsten ist, beseitigen bald den Schmerz.

Sitzung vom 25. April 1884.

Vorsitzender: Dr. Klotz.
Sekretär: Dr. Schapringer.

Lungenemphysem bei einem Kinde von 11 Monaten.

Dr. Seibert stellt ein 14 Monate altes Kind mit genuinem, allgemeinem, stationärem Vesiculäremphysem vor. Laut Angabe der Mutter bekam das Kind im Alter von 14 Tagen Rasseln auf der Brust und darauf schweres Athmen. Diese Erscheinungen hielten sich vom März 1883 bis zum Sommer desselben Jahres, als entschiedene Besserung eintrat. Im Herbst folgte wieder Verschlimmerung, welche bei feuchter Witterung und bei jedem Gang in die freie Luft besonders stark wurde. Ein um die Zeit zu Rathe gezogener College erklärte, nach einigen vergeblichen Ordinationen, die Krankheit als vom Zahnen herrührend. Anfang December soll das Kind eine Lungenentzündug durchgemacht haben, die mehrere Wochen anhielt. Nach Ablauf dieser Complication bestand das Rasseln und mehr oder minder grosse Athemnoth weiter fort. Sonst hatte das Kind gute Verdauung. wurde kräftig und stark und fiel der Mutter nur der dicke Leib des Kleinen auf. Am 20. Februar 1884 brachte die Mutter das Kind in das Dispensary. Der Status war folgender: Gutgenährter, kräftig entwickelter 12 Monate alter Knabe. Blühende Gesichtsfarbe. Temperatur normal. Puls und Respiration beschleunigt. Dabei erscheint das Kind nicht schwer krank, sondern benimmt sich munter. Beim Auskleiden fiel sofort der grosse Umfang des Thorax und des Leibes in's Auge. Die Form des Thorax ist die als Fassform bekannte. Die Zwischenrippenräume sind gross. An der beschleunigten Athmung betheiligen sich alle accessorischen Athmungsmuskeln. Die Percussion ergiebt hellen Lungenschall bis zur zehnten Rippe herab auf beiden Seiten, bei vollständigem Fehlen der Herzdämpfung. Die Leber und alle übrigen Baucheingeweide sind durch das ausserordentlich tief stehende Zwerchfell derartig nach unten gedrückt, dass der grosse Bauch des Kindes dadurch sofort seine Erklärung findet. Die Auscultation ergiebt überall Vesiculärathmen, zugleich mit theils trockenen theils feuchten, gross- und kleinblasigen Rasselgeräuschen, und ausserdem das so charakteristische, hohe, feine Pfeifen bei der Expiration. Die Herztöne waren kaum hörbar wegen der Geräusche in den das Herz bedeckenden Lungenpartien.

Manche Autoren negiren das Vorkommen von gemeinem Emphysem bei Kindern, jedoch hat Biermer und namentlich Steffen in seiner Arbeit über Emphysem das Vorkommen dieses Zustandes bei Kindern

constatirt. Dr. Seibert glaubt, dass zwei Ursachen mitwirken, um dieses Krankheitsbild selbst den beschäftigteren Aerzten als ein seltenes erscheinen zu lassen: 1. Das bei Kindern selten lang dauernde Bestehen von Prozessen, welche Emphysem bewerkstelligen und 2. weil durch das Wachsthum des Kindeskörpers ein regerer Stoffwechsel und ein leichterer Ausgleich der Alveolarectasien bewerkstelligt wird. Das Kind bekam 4 Wochen lang kleine Dosen Jodkalium, welches erst die Dyspnöe und dann auch den Catarrh beseitigte.

Diskussion.

Dr. A. Jacobi findet bei der Untersuchung des Kindes ein zur Zeit noch mässig vorhandenes Emphysem vorne und oben und glaubt, dass dasselbe von einem lang dauernden zähen Catarrh herrühre. Er erinnert zugleich an Untersuchungen von Benecke, welcher fand, dass bei rhachitischen Kindern oft eine angeborene Anomalie der Blutgefässe bestehe, insofern die Arterien sehr weit seien: speziell die Arteria pulmonalis, Aorta und abführenden Gefässe — es entsteht dann Ueberernährung der benachbarten Drüsen und protahirte Catarrhe.

Dr. Meltzer erwähnt, dass übermässiges Schreien der Kinder eine Ursache für Emphysem abgebe.

Dr. Klotz glaubt nicht, dass Catarrh allein ein Emphysem bedingen könne, da viele Kinder an protrahirten Catarrhen leiden, wenige an Emphysem.

Dr. Seibert fügt hinzu, dass in seinem Falle vielleicht erbliche Anlage vorhanden sei.

Electrode zur Epilation.

Dr. G. W. Jacoby zeigt eine von ihm verbesserte Electrode für elektrische Epilation. Dieselbe ist mit einem Stromunterbrecher versehen und arbeitet vorzüglich mit 3 bis 4 Leclanché'schen Elementen. Wird sie mit dem positiven Pol verbunden, so entstehen Pigmentflecken an der Einstichstelle.

Dr. Oberndorfer fragt, ob das plötzliche Unterbrechen des Stromes nicht grosse Schmerzen verursache?

Dr. G. W. Jacoby glaubt, dass dies nicht der Fall sei.

Dr. A. Fridenberg hat die Erfahrung gemacht, dass bei sehr geringem Strom sich keine Quaddeln bilden, dass aber bei der Quaddelbildung die Haare besser ausfallen.

Dr. Heitzmann operirt mit einem von Leiter in Wien verfertigten Instrument, bei welchem man die Tiefe des Eindringens der Nadel controliren kann. Er gebraucht nur 2 bis drei Zellen, um Narben zu vermeiden und rechnet stets auf Eintreten der Quaddel. Auch er hat bei Gebrauch der positiven Pols Pigmentflecke auftreten sehen.

Dr. A. Jacobi konnte die Haare bei eingetretener Quaddelbildung und Secretion gut entfernen, und sah gelegentlich Narbenbildung bei Anwendung des negativen Pols.

Abnorme Stellung der rechten Scapula.

Dr. Gerster referirt über den in der vorigen Sitzung von Tiegel vorgestellten Fall von abnormer Stellung der rechten Scapula bei einem Knaben. Er chloroformirte den Knaben und constatirte in der Narcose eine Contractur der Rhomboidei und des Levator scapulae. Da die abnorme Stellung des Schulterblattes nach einem im ersten Lebensjahre

acquirirten Pertussisanfall auftrat, so glaubt Dr. Gerster, dass in Folge der Pertussis eine Serratuslähmung zu Stande kam mit nachfolgender Contractur der obengenannten Antagonisten.

Dr. Rudisch ist noch immer geneigt, eine Myositis als Ursache der Contractur anzunehmen.

Dr. A. Jacobi erklärt, dass eine genaue Untersuchung nur in der Narcose möglich war. Eine Serratuslähmung als Ursache der Contractur sei ihm unwahrscheinlich; eher könnte man eine Zerreissung oder Blutung in den gegenwärtig verkürzten Muskeln als primäre Ursachen der Contraktur annehmen. Solche Zerreissungen der Muskeln und Blutungen in denselben sind bei Keuchhusten häufig zu beobachtende Erscheinungen.

Dr. Gerster würde als Therapie eine ausgedehnte freie Incision mit Myotomie der verkürzten Muskeln vorschlagen, mit nachherigem Anlegen eines Apparates, welcher die Scapula nach vorn und unten fixiren würde.

Arteriitis Luetica des Gehirns.

Dr. Seibert berichtet, dass sein neulich vorgestellter Fall von multipler luetischer Arterienerkrankung des Gehirns bei der Anwendung von Queksilber und Jodkalium sich bedeutend gebessert habe.

Nephritis nach Darreichung von Metallpraeparaten.

Dr. Tiegel berichtet über Thierversuche aus dem Strassburger Laboratorium über die Einwirkung von Eisen, Nickel und Kupfer auf Thiere, welche vorher durch Blutentziehung anaemisch gemacht wurden. Ein Einfluss auf die Blutbildung wurde nicht constatirt, dagegen bekamen die Thiere stets Nephritis. Dr. Tiegel fragt, ob bei Kindern ähnliches beobachtet sei nach Darreichung schwerer Metalle.

Dr. Oberndorfer hat kleine Kinder drei Monate lang mit Calomel behandelt und keine Nephritis gesehen.

Dr. A. Jacobi hat kleinen Kindern grosse Dosen Sublimat gegeben, besonders bei Croup und keine Nephritis dadurch entstehen sehen. Durch die Blutentziehung bei den Versuchsthieren wird der Einfluss schwerer Metalle modificirt. Gewisse Gifte verändern das Blut direct durch Schollenbildung, in Folge dessen dann Embolien in verschiedenen Organen und Nephritis zu Stande kommen können, wie dies Jacobi selbst und Marchand in Halle für Kali chloricum nachgewiesen haben.

Dr. Tiegel bemerkt, dass Mehring in Strassburg die Kalichlor-Wirkung anders erkläre: das K Cl O^3 zersetzte sich mit C O^2 des venösen Blutes, so dass Chlorsäure frei wird. Dann bildet sich Methämoglobin und der Tod tritt ohne Nephritis ein.

Gründung einer deutschen medizinischen Gesellschaft.

Wir erfahren soeben, dass in Philadelphia eine medizinische Gesellschaft gegründet wurde, welche sich bei ihren Verhandlungen der deutschen Sprache bedienen wird. Die Beamten sind:

Präsident: Dr. Geo. A. Muehleck; Vice-Präsident: Dr. John S. Miller; Secretär und Schatzmeister: Dr. Edwin Rosenthal; Censoren: Dr. Louis Jurist und Dr. Edward H. Bell.

Moralitätsbericht für Februar 1886—in San Francisco, Cal.

(Sterblichkeit im Februar 1885—468).

Todesursachen.	Gesammt Summe.	Unter 1 Jahr	1 bis 2	2 bis 5	5 bis 10	10 bis 15	15 bis 20	20 bis 30	30 bis 40	40 bis 50	50 bis 60	60 bis 70	70 bis 80	80 bis 90	Ungewiss	Geschlecht		Race		
																M.	W.	Cauc.	Mong.	Afr.
Gesammtmotalität	382	50	19	26	12	7	10	43	62	42	46	35	17	12		240	142	347	33	2
Bestimmte Ursachen	345	48	18	26	12	7	10	34	47	35	42	35	17	12		211	134	335	8	2
Ursache nicht angegeben	37	2						9	15	7	4					29	8	12	25	
Diarrhoe	4	2										1	1			2	2	4		
Croup	7	1	1	4	1											5	2	7		
Diphtheritis	14	1	2	7	3	1										5	9	17		
Keuchhusten	3	2		1												1	2	3		
Marbille	2	1			1												2	2		
Scarlatina	1		1													1		1		
Parotitis	1		1													1		1		
Abdominal-Typhus	9			1	1	2	3			1						3	6	9		
Pyaemie	1							1								1		1		
Septicaemie	1										1					1		1		
	1										1					1		1		
Pneumonia	28	7	2	1	1		3	4	1	3	2	2	1			14	14	27		1
Phthisis	67	1		1		2	3	19	15	13	8	3	1			45	22	68		

Höchster Stand des Barometers am 16. Februar....30,346.
Niedrigster Stand des Barometers am 28. Februar...29,719.
Monats-Mittel des Barometers.....30,091.

Höchste Temperatur am 19. bis zum 20. Februar.....71,0.
Niedrigste Temperatnr am 28. Februar.....41,0.
Monats-Mittel.....55,8.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. II. New York, Juli 1886. No. 2.

Ueber Herz-Lungengeräusch.

Das normale Herz-Athmungs-Geräusch*).

Von Dr. L. Conrad.

Es gibt eine ganze Reihe von Auscultationsphänomenen, welche von den Autoren mit dem Collectivnamen „Herz-Lungengeräusch" bezeichnet werden. Ich erlaube mir, meine Herren, Ihre Aufmerksamkeit für diesen Abend in Anspruch zu nehmen zur Betrachtung des „vesiculären Herz-Lungengeräusches."

Mit Recht werden Manche unter Ihnen die Frage an mich stellen, wie ich dazu komme, gerade dieses Herz-Lungengeräusch zum Gegenstande des heutigen Vortrages gewählt zu haben, ein accidentelles Herzgeräusch, dessen Entstehung so klar, dessen Bedeutung so harmlos. Für Den, der es besitzt, meine Herren, ist es unschuldig ; dem, der es kennt, erscheint es gefahrlos ; für Solche aber, denen es fremd, die es nicht studirt, nicht in sich aufgenommen, ist es ein unheimliches, geradezu gefährliches Geräusch.

Wir Alle sind froh und glücklich, wenn wir bei der Untersuchung eines Kranken die Herztöne normal und rein, frei von allen Beimengungen gefunden haben ; denn wir Alle wissen, dass selbst schwache, kaum wahrnehmbare Herzgeräusche sich oft noch im Laufe der Zeit als sehr ernst entpuppen können. Bei dem vesiculären Herz-Lungengeräusche ist dem Allem nicht so ; es sagt Ihnen, meine Herren, dass das Herz nicht nur nicht krank, sondern im Gegentheile sehr kräftig und gesund ist. Dass aber gerade dieses Herz-Lungengeräusch dasjenige unter den accidentellen Herzgeräuschen ist, welches hdeUn ntersucer häufig zu falschen Schlüssen verführen kann, habe ich durch viele, viele Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Und es ist kein geringer Irrthum, meine Herren, einem Menschen ein Herzübel anzudichten, das er gar nicht besitzt, ihm alle die Schrecken und Sorgen eines organischen Herzübels heraufzubeschwören, während wir doch durch die Constatirung dieses Geräusches uns veranlasst fühlen sollten, ihm Glück zu wünschen, dass ein so normal beschaffenes, ein so kräftig arbeitendes Herz sein eigen.

Ich will Sie nicht ermüden. meine Herren, mit Citaten aus der Litteratur, mit dem Vortragen eigener Beobachtungsfälle, die alle nur in diesem einen Satze gipfeln würden : „Das Herz-Lungengeräusch wird häufig, sehr häufig für ein organisches Herzgeräusch gehalten." Und zwar passirt dieser *Lapsus* nicht nur den jüngeren Jüngern der Wissenschaft, sondern selbst erfahrene, im Urtheil gereifte Männer straucheln manchmal an diesem so häufig vorkommenden Auscultationsphänomene. Sind mir doch allein vier Aerzte bekannt, die ich in den letzten zwei Jahren wegen ihres Herzens untersucht habe, und die auch schon mehr-

*) Vortrag, gehalten vor der *Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 7. Juni 1886.

weniger Foltergedanken ausgestanden wegen einer nicht vorhandenen, aber fälschlich diagnosticirten *Insufficientia Mitralis.* Auch bei ihnen hatte das Herz-Lungengeräusch die Untersucher irregeleitet.

Was ist nun das für ein sonderbares Herzgeräusch, wird der Nichtkenner fragen, das so viel Unheil anstiften kann, und das bei richtiger Auffassung doch nur beweisen soll, dass das Herz kräftig und gesund — wie entsteht es? und unter welchen Verhältnissen kommt es zur Wahrnehmung?

Das vesiculäre Herz-Lungengeräusch entsteht durch die Zusammenziehungen des Herzens in den angrenzenden Lungenpartieen, ist also seiner Natur nach ein Lungengeräusch, ein vesiculäres Athmungsgeräusch, welches, weil es durch die Contractionen des Herzens veranlasst wird, synchron mit der Herzbewegung auftritt und dadurch den Eindruck macht, als wenn es im Herzen selbst seinen Ursprung habe.

Bei der normalen Systole des Herzens muss der leere Raum, welcher die Folge der systolischen Verkleinerung und Lageveränderung des Herzens ist, durch die angrenzenden Organe ausgefüllt werden. Die elastische Thoraxwand, die Weichtheile der Oberbauchgegend, das Diaphragma mit inbegriffen, vor Allem aber die dem Herzen anliegenden Lungenränder, besonders die linke Lunge mit dem kleinen zungenförmigen, das Herz überlagernden Fortsatze rücken von allen Seiten dem sich systolisch verkleinernden Herzen nach, und unterstützen und erleichtern die Systole des Herzens auf eine leicht verständliche Art.

Sie können, m. H., diese weisen Mechanismen der Natur häufig genug sehen, zeitweise bei der Auscultation des Herzens hören. Sehen, wenn Sie dieVorgänge der sog. epigastrischen Pulsation etwas näher in's Auge fassen. Sie wissen, dass bei den Pulsationen des Epigastriums streng zu unterscheiden ist zwischen der Pulsation der *Aorta abdominalis,* und den Pulsationen, den Erschütterungen, welche in der *regio epigastrica* durch die Herz-Bewegungen zu Stande kommen. Letztere entpuppen sich bei sorgfältiger Beobachtung fast immer als systolische Einziehungen, und zwar an den Partieen der *regio epigastrica,* welche dem Herzen, in der Norm also dem unteren Rande des rechten Ventrikels, am nächsten liegen. Es is dies der Winkel zwischen *processus xiphoideus* und linkem Intercostalbogen. Leicht können Sie diese, allerdings bei ruhiger Herzaction manchmal fehlenden oder nur angedeuteten, systolischen Einziehungen deutlicher zur Anschauung bringen, wenn Sie den betreffenden Menschen tief einathmen und ihn dann auf der Höhe der Inspiration den Athem halten lassen: das Zwerchfell und das auf ihm ruhende Herz rücken dann weiter nach abwärts und die systolischen Einziehungen treten gewöhnlich viel deutlicher zu Tage. Es ist meiner Ansicht nach auf diese systolischen Einziehungen der *regio epigastrica,* welche normaliter so häufig vorkommen, und die uns so klar in ihrer Entstehung und Bedeutung erscheinen müssen, noch lange nicht zur Genüge von den Autoren aufmerksam gemacht worden. Auf dieses sehr interessante und in Krankheitsfällen oft nicht zu unterschätzende, sehr wichtige Symptom hier näher eingehen zu wollen, würde mich viel zu weit von dem vorliegenden Thema abbringen; ich beschränke mich daher heute nur darauf, Ihre Aufmerksamkeit auf diese Thatsache gelenkt zu haben.

Ausser dieser eben erwähnten, physiologischen systolischen Einziehung, welche also einen Theil der Hilfsmittel ausmacht, die dem

contrahirenden Herzen zur normalen Kraft-Entwicklung während der Systole nöthig sind, können Sie abnormer Weise noch systolische Einziehungen sehen, wenn das Herz seines treuesten systolischen Helfers, der während der Herz-Systole sich aufblähenden Lungenränder, beraubt ist. In Fällen, wo durch Krankheitsprozesse die Lungenränder gezwungen werden, sich vom Herzen zurückzuziehen und ihm in seiner systolischen Zusammenziehung leider nicht mehr zu helfen im Stande sind, sehen Sie während der Systole des Herzens Einziehungen in den Intercostalräumen längs des linken Sternalrandes, die auf dieselbe Weise und zu demselben Zwecke entstehen müssen, wie die physiologischen Einziehungen der *regio epigastrica:* „Sie ermöglichen dem Herzen die systolische Kraft-Entwicklung, wenn auch nicht in der leichten und einfach schönen Art, wie das in der Norm die dem Herzen anliegenden und es umschliessenden Lungenränder so gerne zu thun gewohnt sind." In ihnen hat das Herz, wie bemerkt, seine kräftigsten und treuesten Helfer ; die gesunden, elastischen Lungenränder, den zungenförmigen Fortsatz mit inbegriffen, blähen sich während der Systole des Herzens mit Leichtigkeit auf, und fallen, nach vollbrachter Dienstleistung, während der Diastole des Herzens, willig wieder zusammen. Diese Entfaltung der Lungenränder wird aber nur ermöglicht durch das Einströmen von Luft in die betreffenden Lungenpartieen; dieselben inspiriren, während sie bei der Diastole des Herzens collabiren und dadurch das vorher inspirirte Luftquantum wieder ausathmen. Das Herz ist die bewegende Kraft, welche die anliegenden Lungenränder, besonders den linken, zu einem fortdauernden Respirationsprozesse *en minature* antreibt und dem auch die betreffenden Lungenpartieen, sicher nicht zu ihrem Nachtheile, mit der grössten Bereitwilligkeit Folge leisten.

Sie können, meine Herren, diesen Vorgang, welcher durch Versuche an Thieren von Koellicker u. v. Bamberger experimentell nachgewiesen worden ist, und welcher sich beim Menschen durch den Cardio-Pneumographen von Landois aufzeichnen lässt, mit Fug und Recht „Herzathmung" nennen; das Herz selbst inspirirt während der Systole Luft in die anliegenden Lungentheile ein, und stösst sie während der Diastole wieder aus, allerdings in einer stillen und geräuschlosen Weise. Die enorme Bedeutung dieser Herzathmung, (Sie erlauben mir wohl, diesen neuen, mir ganz passend erscheinenden Namen beibehalten zu dürfen), die Bedeutung dieses kleinen Athmungsprozesses für die normale Herzaction ist so einleuchtend, dass Jeder sich wohl die Consequenzen, welche dem Herzen erwachsen müssen, wenn diese Herzathmung durch pathologische Verhältnisse gestört und unterbrochen wird, dass Jeder sich diese Folgen selbst ziehen kann. Sehen wir doch in Krankheitsfällen, wo die Lungenränder durch Katarrhe oder Infiltrate unwegsam geworden sind, dem Herzen ähnliche Folgezustände entstehen, wie sie ernsten organischen Herzkrankheiten, z. B. den Pericardial-Verwachsungen zukommen. Wir bemerken in solchen Fällen gar nicht so selten statt der systolischen Vorwölbung der Herzspitze eine systolische Einziehung, Beweis genug, dass dem Herzen die leichte systolische Contraction erschwert ist, dass dem Herzen eine neue Arbeit auferlegt worden. In manchen Fällen von hochgradiger Athemnoth bei chronischer Tuberculose fand ich die Ursache der Dyspnöe nicht sowohl in den Veränderungen der kranken Lungen, als vielmehr in der Insufficienz des Herzmuskels, die wiederum nur als Folge von Ueberanstrengung des Herzens entstanden

war: wegen mangelhafter oder gänzlich aufgehobener Herzathmung. Bei allen anderen Krankheitsprocessen der Lungen, bei Katarrhen, bei Pneumonieen, bei Emphysemen; ebenso bei grossen pleuritischen Exsudaten spielt diese Herzathmung, resp. eine Störung derselben, ganz gewiss eine grössere Rolle, als man für gewöhnlich anzunehmen geneigt ist. — Aber auch für die in Action befindlichen, in stetem Wechsel sich aufblähenden und wieder collabirenden Lungentheile selbst, sind diese Herzathmungen sicher von nicht untergeordneter Wichtigkeit. Liegt vielleicht in dieser fortdauernden Herzathmung nicht der Grund, dass gerade diese Partieen, welche bei dem gewöhnlichen normalen Respirationsvorgange nicht in dem Grade ausgedehnt werden würden, wie es für sie vortheilhaft, dass gerade diese Lungentheile dadurch geschützter und sicherer sind vor Erkrankungen, wie z. B. die Lungenspitzen, die von der Natur nicht so günstig ausgestattet, in mehr trägem Tempo ihre Respirationsthätigkeit entwickeln?

Unbeachtet, von Niemanden gehört oder gesehen, geht diese so wichtige Herzathmung, beim gesunden Menschen regelmässig von Statten, 70 — 80 Mal in der Minute, je nach der Zahl der Herzschläge. Kein Auscultator, selbst der schärfste, der geübteste nicht, ist im Stande durch sein Ohr die Inspiration, geschweige die Exspiration dieser Herzathmung zu percipiren. Reine Herztöne, nichts anderes vermag er zu hören. So in der Norm, bei ruhiger Action des Herzens.

Ist aber das Herz in stärkerer Thätigkeit, und Sie wissen, m. H., dass die Arbeitsgrösse des gesunden Herzens jeden Augenblick, wenn nöthig, beträchtlich gesteigert werden kann, ist die Systole über das normale Maass hinaus eine kräftigere, ist die Herzathmung, dieses Aufblähen der Lungenränder, eine forcirtere, dann allerdings können Sie häufig ein Athmungsgeräusch dieser Herzathmung wahrnehmen; das Einströmen der Luft in die sich rascher und tiefer entfaltenden Lungenränder wird hörbar: das Herz-Lungengeräusch tritt zur Wahrnehmung. Es ist genau an die Dauer der Systole gebunden, es hat genau den Charakter des Vesicular-Athmens (denn es ist ja ein Lungengeräusch), und verschwindet gewöhnlich vom Hörplatze wieder, wenn die abnorme Herzaction sich beruhigt und zur normalen Thätigkeit zurückgekehrt ist. Nicht immer tritt es bei erregter und abnorm kräftiger Herzaction auf; denn nicht immer hat das Herz eine so mächtige Ausdehnung der Lungenränder nöthig; es stehen ihm ja, wie ich Ihnen auseinandergesetzt, noch andere Hilfsmittel, die Elasticität des Thorax, die nachgiebigen Intercostalräume, die systolische epigastrische Einziehung zu Gebote, und nur im Nothfalle treibt es die Lungenränder zu dieser stärksten Entfaltung.

Dem entsprechend ist das Herz-Lungengeräusch oft auch nur angedeutet zu hören, andere Male dagegen so laut und deutlich, dass Jeder, der nur einige Uebung in der Auscultation sich erworben, es ohne Schwierigkeit percipiren kann. Es kommen von diesen leichten Andeutungen des Geräusches bis zu dem Grade der Lautheit, dass die Verwechslung mit organischen Herz-Geräuschen sehr nahe liegt, die mannigfachsten Abstufungen vor. Da ich mich seit langer Zeit sehr für das Herz-Lungengeräusch interessirt habe, so bin ich im Stande, Ihnen die meisten Eigenthümlichkeiten dieses Geräusches als eigne Erfahrungs-Resultate mittheilen zu können. Gewöhnlich ist es nur systolisch; bei der Diastole des Herzens hört man es sehr

selten — selbstverständlich, weil während der mehr passiven Diastole des Herzens die vorher inspirirte Luft langsam und weniger energisch aus den betreffenden Lungenpartien wieder ausströmt. Doch gibt es auch solche Fälle (wenn auch relativ selten), wo ein systolisches und ein diastolisches Geräusch bei der Herzathmung gehört wird.

Ich habe einen jungen Mann beobachtet, bei dem das Herz-Lungengeräusch in der möglichst vollkommensten Form zu hören war. Bei ihm verhielt es sich folgendermassen: Im Beginne der Untersuchung, wo der Betreffende sehr aufgeregt war, hörte man ein lautes systolisches und diastolisches vesiculäres Herz-Lungengeräusch in allen Phasen der Respiration; dann, bei etwas ruhiger gewordener Herzbewegung verschwand zuerst das diastolische Geräusch und nur das systolische allein wurde noch vernommen; bei noch weiterem Nachlassen der erregten Herzaction hörte man nur noch ein systolisches Herz-Lungengeräusch während der Inspirations-Zeit des Menschen, und zuletzt, wenn das Herz normal und ruhig zu schlagen anfing, hörte auch das systolische Herz-Lungengeräusch ganz auf, und nur die reinen Herztöne kamen zur Wahrnehmung.

Also, um es nochmals zu wiederholen, ein diastolisches vesiculäres Herz-Lungengeräusch neben dem systolischen, ist wohl möglich, aber verhältnissmässig selten; aber ein diastolisches Herz-Lungengeräusch ohne gleichzeitiges systolisches, ist nach dem, was ich Ihnen über die Entstehung dieses accidentellen Herzgeräusches gesagt habe, ein Ding der Unmöglichkeit. Ein diastolisches Herzgeräusch, allein gehört, wird also nie und nimmer die Bedeutung unseres Herz-Lungengeräusches haben können.

Wie Sie wissen, m. H., ist die Arbeit unseres Herzens während der Inspirationszeit eine stärkere; der Einathmungsprozess erschwert den Abfluss des Blutes aus dem Herzen, erleichtert dagegen den Zustrom zu dem Herzen. Das Herz muss, um die während der Inspiration reichlicher zuströmende Blutmenge zu entfernen, während der Inspirationszeit stärkere systolische Contractionen auslösen. Dieses physiologische Gesetz erklärt Ihnen sehr einfach, m. H., warum das Herz-Lungengeräusch, welches eng an die jeweilige Herzkraft gebunden ist, zeitweise nur während der Inspiration eines Menschen gehört wird, bei der Exspiration wieder verschwindet. Ziehen Sie nun noch weiterhin in Betracht, dass in der Inspirationszeit des Menschen das Herz für seine systolische Raum-Verkleinerung hauptsächlich auf die Hülfe der sich ausdehnenden Lungenränder angewiesen ist (die Weichtheile, das Diaphragma, die elastische Thoraxwand etc. sind durch die Art der Inspiration selbst brach gelegt), so haben Sie einen zweiten Grund zur Erklärung der Thatsache, dass sehr häufig nur während der Inspirationszeit ein Herz-Lungengeräusch zur Wahrnehmung kommt, bei der Exspiration dagegen nicht. Ja, es ist oft noch begrenzter in der Zeit seines Auftretens; manchmal hören Sie es nur auf der Höhe der Inspiration, weil da die Herzkraft am meisten angestrengt ist und die Aufblähung der Lungenränder am energischsten stattfindet, dagegen am Anfange und zu Ende der Inspiration wieder gar nicht. Im extremsten Falle hören Sie während der ganzen Respirationszeit des Betreffenden nur auf der Höhe der Inspiration ein einziges Mal ein Herz-Lungengeräusch, ein einmaliges systolisches Hauchen und während der ganzen übrigen Respirationszeit nichts, als die reinen Herztöne.

Sie sehen, m. H., welchen Schwankungen in seinem Auftreten das

Herz-Lungengeräusch unterworfen ist; das eine Extrem: Ein einmaliges systolisches Geräusch, meistens auf der Höhe der Inspiration; das andere Extrem: Systolisches und sogar diastolisches Geräusch während der ganzen Respirationszeit, selbst in der Athempause, und alle diese Schwankungen können Sie manchmal bei demselben Individuum in kurzer Zeit, im Zeitraume von wenigen Minuten, beobachten.

Solche Extreme, wie ich sie Ihnen eben vorgeführt, m. H., kommen allerdings nicht so sehr häufig zur Beobachtung. Für gewöhnlich stellt sich Ihnen das vesiculäre Herz-Lungengeräusch in folgender Form dar: Sie hören es nur systolisch und nur in der Inspirationszeit; das vesiculäre Inspirationsgeräusch des athmenden Menschen wird während und durch die Systole des Herzens rhythmisch verstärkt, und macht durch diesen Rhythmus den Eindruck eines vom Herzen direct ausgehenden Geräusches. Diese, die gewöhnliche Form des Herz-Lungengeräusches nennen manche Autoren auch „systolisches Vesicular-Athmen." Die Bezeichnung ist gewiss für diese so häufig vorkommende Art des Herz-Lungengeräusches eine ganz richtige; doch möchte ich vorschlagen, diesen Namen nur für solche Fälle zu gebrauchen, wo das systolische Vesicular-Athmen, dieses systolisch verstärkte Inspirations-Geräusch, nicht nur in der nächsten Nähe des Herzens, sondern auch noch weiter verbreitet gehört wird. Man beobachtet es nämlich manchmal in ziemlicher Ausdehnung, sogar über die ganze Lunge. Das Vesicular-Athmen nimmt dann einen saccadirten Character an, ein synchron mit der Herz-Systole ruckweises Anschwellen. Die Frage ist: hat dieses über die ganze, oder einen grossen Theil der Lunge verbreitete systolische Vesicular-Athmen eine besondere Entstehungsquelle, oder ist es auf dieselbe Grundursache, wie unser Herz-Lungengeräusch, zurückzuführen? — Ich glaube das letztere; die bei der Inspiration entstehende, sich in der Richtung nach den Lungenzellen fortsetzende, Gas-Wirbel-Bewegung wird durch die systolische Aufblähung der dem Herzen anliegenden Lungenränder systolisch verstärkt; ist nun einerseits das Athmungsgeräusch an und für sich schwach, andererseits die systolische Aufblähung relativ stark, so kommt nur die systolische Verstärkung des Athmungsgeräusches zur Perception und das Vesicular-Athmen nimmt dann diesen eigenthümlich saccadirten Character an.

Dieses, über die ganze oder den grössten Theil der Lungen verbreitete systolische Vesicular-Athmen werden wir wohl selten mit den eigentlichen Herzgeräuschen verwechseln; wir erkennen sofort, dass es sich um ein modificirtes Vesicular-Athmen handelt.

Schon leichter möglich wird die Verwechslung werden, wenn die systolische Verstärkung des Vesicular-Athmens, wie so gewöhnlich, nur in der nächsten Nähe des Herzens auftritt; wird nun aber das Herz-Lungengeräusch auch noch während der Exspirationszeit des Menschen, selbst in der Athempause, percipirbar, dann allerdings tritt die Möglichkeit einer falschen Deutung des Geräusches immer näher an uns heran.

Eine erregte, kräftige Herzaction ist, wie Sie gehört haben, m. H., die *conditio sine qua non* für die Entstehung des Herz-Lungengeräusches; Herzpalpitationen bei gutem Herzmuskel sind daher die häufigste Ursache seiner Wahrnehmung. Herzpalpitationen, häufig wiederkehrendes Herzklopfen führen aber, wie Sie wissen, oft genug zu

einer leichten Hypertrophie des Herzens. Sie haben dann: Eine geringe Vergrösserung des Herzens, die Palpitationen, dabei dieses unschuldige Herz-Lungengeräusch—wie leicht, wie leicht, m. H., die Gefahr zu der falschen Diagnose, zu der Annahme eines organischen Herzfehlers, wie wichtig für den Arzt, dieses Geräusch zu kennen und es richtig beurtheilen gelernt zu haben.

Ich bin überzeugt, m. H., dass Sie Alle schon dieses Herz-Lungengeräusch gehört, dass Sie alle ohne Ausnahme schon Fälle beobachtet haben, wo ein lautes systolisches Geräusch bei aufgeregter Herzaction zur Wahrnehmung kam, wo dann nach wenigen Minuten, bei nochmaliger Untersuchung, durch das genaueste Zuhören auch keine Spur mehr von einem Geräusche zu entdecken war.

Meistens, m. H., handelt es sich in diesen Fällen um unser Herz-Lungengeräusch; aber nicht immer! Denn Sie wissen recht gut, dass es auch wirkliche Herzgeräusche gibt, die nur auftreten, wenn das Herz in abnormer Erregung, functionelle, sogar organische Insufficienzen der Mitralis, die nur zur Geltung und Perception kommen, wenn das Herz gesteigerten Anstrengungen unterworfen wird, die nur während der Inspiration, oder bei verstärkter Inspiration, aus dem gleichen Grunde, wegen der stärkeren Herzaction, zu einem systolischen Herzgeräusche Veranlassung geben, bei der Exspiration wieder verschwinden. Wie soll nun der Arzt in einem gegebenen Falle, da ein temporär auftretendes systolisches Geräusch die Bedeutung eines solchen wahren Klappengeräusches haben, aber auch ein Herz-Lungengeräusch sein kann, wie soll der Arzt da die richtige Schlussfolgerung machen, wie mit Sicherheit sagen können: Dies ist das unschuldige Herz-Lungengeräusch — dies das eigentliche Klappengeräusch? Die Schwierigkeit, m. H., ist nicht so gross, als es den Anschein hat. Haben Sie ein Herzgeräusch vor sich, das Ihnen den Verdacht erwecken muss, es könne sich um ein Herz-Lungengeräusch handeln, dann achten Sie zunächst genau auf den Character dieses Geräusches und zugleich auf den Character des vesiculären Athmens; das Herz-Lungengeräusch, ein wirkliches Vesicular-Athmen an begrenzter Stelle, muss in seiner Klang- (oder besser) Geräuschfarbe ganz identisch sein mit dem Vesicular-Athmen der Lungen; bei einiger Aufmerksamkeit und nur geringer Uebung wird es Ihnen Allen ein Leichtes sein, dies herauszuhören und demgemäss zu unterscheiden, um was es sich handelt. Die Klappengeräusche, mögen sie hauchend, leise, rauh oder laut sein, ihr *Timbre* differirt fast immer von dem des Vesicular-Athmens.

So ist das gewöhnlich der Fall. Aber ich kann nicht leugnen, m. H., dass es doch Fälle giebt, wo der Character der wirklichen Herzgeräusche dem des Lungenathmungsgeräusches so ähnlich ist, dass das feinste Ohr nicht zu entscheiden im Stande ist, ob das fragliche Geräusch seinen Ursprung in dem Herzen oder in den Lungen hat, ob das Geräusch also ein eigentliches Herzgeräusch- oder ein Herz-Lungengeräusch ist. Es ist ja auch einleuchtend, dass die Klangfarbe dieser verschiedenen Geräusche unter Umständen ziemlich ähnlich werden kann. Wenn Sie erwägen, dass die Herzgeräusche meistens ihren Ursprung haben in Blutwirbeln, das Vesicular-Athmen in Gaswirbeln, so ist Ihnen verständlich, dass solche Wirbelbewegungen, wenn auch in verschiedenen Dichtigkeitsmedien entstanden, doch in unserem Ohre manchmal denselben Schall-Eindruck hervorbringen können. Wie soll sich der Untersuchende nun dann

aus dem fraglichen Dilemma heraushelfen, wie entscheiden, wo die Quelle des Geräusches?

Auch hier ist die Lösung sehr einfach, m. H. Das Herz-Lungengeräusch, welches entsteht durch das Aufblähen und Zusammenfallen der Lungenränder, muss aufhören, muss ganz verschwinden, wenn die Ränder einer Ausdehnung überhaupt nicht mehr fähig sind. Lassen Sie einen Menschen, bei dem Sie zur Annahme eines Herz-Lungengeräusches berechtigt sind, die möglichst tiefe Inspiration machen, dann bei dieser totalen Expansion der Lungen den Athem halten, so hat das sich systolisch contrahirende Herz keine Gewalt mehr, die Lungen noch weiter zu entfalten — das Herz-Lungengeräusch verschwindet ganz, und kehrt erst wieder, wenn die forcirte Inspiration nachlässt und der normale Respirationsvorgang an ihre Stelle tritt. Es gibt nur sehr wenige Herzgeräusche, welche durch verstärkte Inspiration zum Verschwinden gebracht werden, so z. B. manchmal das extra-pericardiale Reibegeräusch, und auch dieses gehört im Grunde genommen nicht in die Kategorie der eigentlichen Herzgeräusche.

Durch die sich aufblähenden, das Herz mehr überlagernden Lungen-Partien kann wohl die Perception der Herztöne, sowie der Herzgeräusche etwas erschwert werden; dass aber bei forcirter Expansion der Lungen die Herzgeräusche ganz verschwinden, ist eine sehr seltene Ausnahme, bei dem Herz-Lungengeräusche dagegen die Regel ohne Ausnahme. Nur muss diese forcirte Ausdehnung der Lungen auch eine ganz vollständige sein; denn bei dem geringsten Nachlasse derselben, tritt sofort das Herz-Lungengeräusch wieder in die Erscheinung.

Das vesiculäre Herz-Lungengeräusch, oder, wie ich es am liebsten nennen möchte, das normale Herzathmungs-Geräusch, ist ein so häufiges Vorkommniss, m. H., dass Jeder, der einmal seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, es sicher bald erkennen und richtig beurtheilen lernt. Wie wichtig die Bedeutung desselben, wie einfach seine Entstehung, ist Ihnen, so hoffe ich, aus dem Mitgetheilten klar geworden. Wenn Sie festhalten, m. H., dass das vesiculäre Herz-Lungengeräusch nur dann entstehen kann, wenn durch eine kräftige, energische Herzsystole die anliegenden Lungenränder tief und rasch entfaltet werden, so können Sie die Schlussfolgerungen, welche aus seinem Auftreten uns zu ziehen erlaubt sind und die ich anfangs meines Vortrages schon angedeutet habe, sich selbst machen. Sie lassen sich in folgenden zwei Sätzen zusammenfassen:

Das Auftreten eines vesiculären Herz-Lungengeräusches lehrt uns:

1. Dass der Herzmuskel so beschaffen, dass er eine stärkere Erregung mit stärkerer Contraction beantworten kann.
2. Dass die das Herz umlagernden Lungenränder so normal sind, dass einer nöthig gewordenen, stärkeren Entfaltung derselben nichts im Wege steht.

Es liesse sich noch manches Interessante den Betrachtungen über das vesiculäre Herz-Lungengeräusch zufügen; allein ich fürchte, m. H., Ihre Geduld schon zu lange auf die Probe gestellt zu haben, ich muss daher schliessen. Der Zweck dieser kurzen Besprechung war, dem vesiculären Herz-Lungengeräusche, welches so häufig zu diagnostischen Fehlschlüssen Veranlassung gibt, die Stellung und Geltung unter den accidentellen Herzgeräuschen zu verschaffen, die ihm gebührt, und von deren Berechtigung Sie Sich Alle, m. H., so hoffe ich, heute Abend überzeugt haben. —

Complication von Urticaria und Chorea dimidiata nach Rheumatismus acutus.

Von Dr. Ignatz Morvay Rofhenbdrg.

K. G., 18 *Jahre alt, puella publica*, kam am 18. Mai 1883 auf die interne Abtheilung des Primararztes Baàbes in St. Rochus Hospital in Budapest.

Anamnese. Vor 2 Jahren überstand Patientin einen Abdominal-Typhus. Einige Wochen hernach wurde sie für Syphilis behandelt; nachdem aber an ihr ausser den infiltrirten Halsdrüsen keine verdächtigen Symptome gefunden worden, wurde sie als geheilt betrachtet und entlassen.

Seitdem war sie mehreremal im Spital, immer auf der syphilitischen Abtheilung, wurde aber ihrer Aussage nach niemals gegen Syphilis behandelt.

Im Monate März 1883 bekam sie einen akuten Muskel-Rheumatismus nebst Schmerzen in den Knochen, gegen welche sie auf ärztliches Anrathen ausser Medikamenten zwei Monate hindurch auch Schlammbäder benutzte.

Gegen Ende April, als sie vom Rheumatismus nicht mehr geplagt wurde, traten an den linken Extremitäten längliche, bald rundliche, erbsengrosse und etwas grössere, rothe, über das Hautniveau erhabene Quaddeln auf, welche keine Schmerzen, aber etwas Jucken verursachten, dieselben hielten ½—1 Stunde an, und erschienen des Tags mehreremal. Zwei Wochen vor ihrer Aufnahme, als sie eines Abends lebhaft conversirte, konnte sie auf einmal nicht sprechen, und wenn sie es versuchte, machte ihre Zunge fortwährende und grössere Abweichungen, als wie zum Aussprechen eines Wortes nöthig gewesen wäre, demzufolge sie sich öfter in die Zunge biss. Sie fühlte, dass ihre Zunge anschwoll und in ihrem Munde nicht genügend Raum hatte. Während sie wegen dieser Symptome fürchterliche Angst ausstand, fühlte sie an ihrer linken Gesichtshälfte öftere rasch auf einander folgende Zuckungen. Nach einer halben Stunde hörten alle diese Symptome auf, aber nur, um sich zu wiederholen und zwar mehrmals in einem Tage.

Nach vier Tagen schlossen sich diesen Symptomen neue an: am linken Unterarme und Unterschenkel zeigten sich Zuckungen, welche sich bei Bewegung steigerten; die Zuckungen waren meist continuirlich, sie fingen grösstentheils dann an, wenn sich die Extremitäten in Bewegung setzten und blieben Anfangs auch einen ganzen Tag aus, während in den letzteren Tagen die Muskeln des linken Oberarmes und des Schenkels ebenfalls daran Theil nahmen. Die Zuckungen der Gesichts- und Extremitäten-Muskeln, sowie die Störungen der Sprache wurden immer häufiger und stärker. Der Urticaria-Ausschlag erschien indess fortwährend, aber nach Aussage der Kranken immer in Parallelle mit den Zuckungen, bald am Gesichte, bald an den Extremitäten. Der Ausschlag, welcher bis dahin nur kleine Unannehmlichkeiten verursacht hatte, wurde nun immer schmerzhafter.

Status praesens: Das Knochen- und Muskelsystem der mittelgrossen, gracil-gebauten Patientin ist mässig ausgebildet; ihre ganze Hautbedeckung, sowie die sichtbaren Schleimhäute sind blass. Die Pupillen sind gleich gross von mittlerer Weite und reagiren beiderseits gleich. Die Lungen weisen weder auf Percussion, noch auf Auscultation etwas Abnormes auf; Herzspitzenstoss ist zwischen der fünften und sechsten Rippe innerhalb der Mamillarlinie sichtbar und fühlbar. Die Herz-

dämpfung reicht von der vierten Rippe bis zur sechsten nach abwärts; in transversaler Linie reicht sie bis zum rechten Rande des Sternums. Am Spitzenstoss ist ein systolisches blasendes Geräusch hörbar. Die Töne der grossen Gefässe sind rein.

Die Contouren der gesammten Gelenke sind normal. Die Gebärmutter ist anteflectirt. Mässiger Scheiden- und Uterus-Catarrh ist zugegen. Appetit gut; Absonderungen normal. Das Allgemeingefühl der Patientin ist durch die abnormen Bewegungen der Muskeln der linksseitigen Extremitäten und der linken Gesichtshälfte, sowie durch die der Zunge deprimirt.

Die abnormen (incoordinirten) Bewegungen bestehen darin, dass die erkrankten Extremitäten über die Grenze sich bewegen, bis zu welcher der Wille die Bewegungen auszuführen beabsichtigt, d. h. sie erreichen nicht direkt das Ziel, sondern nur schwankend. Aber auch willkürlich, ohne jeden activen Willen entstehen mehreremal des Tages gleiche Zuckungen, besonders aber dann in grösserem Masstabe, wenn die Kranke zornig wird, was bei ihr sehr leicht vorkommt. Ihr Gemüthszustand ist sehr veränderlich.

Die Störungen entstehen derart, wie sie der Kranke in der Anamnese angab, d. h. bald in den Extremitäten, bald im Gesichte und der Zunge.

Der Ausschlag erscheint dann an den in Zuckungen gerathenen Körpertheilen, wenn die Zuckungen heftiger sind. Dabei entstehen blassrothe, über das Hautniveau 1–1½ mm. erhabene, runde oder formlose, erbsengrosse und etwas grössere Quaddeln oder 2–3 cm. lange, lattenartige Erhabenheiten an der Haut der betreffenden Theile. Sie sind scharf begrenzt, nur manche haben einen schmalen, runden Hof. Sie verursachen ein geringes, brennendes Jucken. Auf Palpation zeigen sie sich konsistent und massiv; auf Fingerdruck erbleichen sie, aber vergehen nicht und verursachen einen heftigen Schmerz; sie halten ½–1 Stunde an, nachher vergehen sie und an ihrer Stelle bleiben oberflächliche, rothe Flecke zurück. An der linken Gesichtshälfte und an der linken Seite des Halses sind die Erhabenheiten minimal; der Ausschlag ist mehr erythematös. Sein Erscheinen ist ein solches, dass währenddem ein Fleck vergeht, der andere wieder erscheint.

Während der Eruption entstehen durch Kratzen oder Schlagen ganz gleiche Quaddeln, aber nur an der linken Seite und an den Extremitäten (*Urticaria factitia.*)

Bezüglich der Sensibilität der Haut fand ich folgendes: die Haut der linksseitigen Extremitäten, der linken Gesichtshälfte, weniger die des linksseitigen Rumpfes fand ich bei Berühren hyperästhetisch und zwar sowohl während der Eruption, als nach derselben. An der Haut der entsprechenden rechten Seite fand ich dies nicht.

In solchem Zustande kam die Kranke auf unsere Abtheilung und nach zehn Tagen verliess sie dieselbe bedeutend gebessert. An den ersten zwei Tagen—nachdem die veränderten Lebensverhältnisse die Erregbarkeit (die Gereiztheit) der Kranken noch mehr steigerten — gaben wir ihr *Natrium bromatum* 3 g. *pro die.* Am 3. Tage gaben wir Fowler's Solution, mit 2 Tropfen anfangend und aufsteigend bis 14 Tropfen.

Schon am 5. Tage konnten wir eine bedeutende Besserung konstatiren; die Zuckungen erschienen nur bei aktiven Bewegungen, spontan erschienen sie nicht mehr. Am 9. und 10. Tage herrschte vollkommene Ruhe im gesammten Organismus, so dass die Kranke nach Hause

wollte, was ihr auch gewährt wurde, jedoch mit der Weisung, dass sie das Mittel zu Hause fortsetzen (14 Tropfen täglich) und sich jeden zweiten Tag mir vorstellen möge.

Aber sie kam nicht. Am 1. Juli, also nach einem Monate, besuchte ich sie. Seitdem nahm sie angeblich mit Intervallen die Tropfen weiter. Die Zuckungen, der Ausschlag, die Störung in der Sprache kehrten nicht wieder. Sie fühlte sich im Allgemeinen wohl, nur ward sie von häufigem, heftigem Herzklopfen geplagt. Ich untersuchte nun die Kranke genau und fand Folgendes: die Haut ist überall gleich sensibel, in den Extremitäten herrscht Ruhe; die Sprache ist rein und correct; Herzspitzenstoss ist sehr stark und in der Mamillar-Linie zwischen der 5. und 6. Rippe sichtbar und fühlbar. Die Herzdämpfung überragt den rechtsseitigen Rand des Sternum's. Am Herzspitzenstoss ist ein starkes blasendes Geräusch hörbar. Der zweite Ton der *Arteria pulmonolis* ist accentuirt.

Fassen wir nun die pathologischen Zustände zusammen, so finden wir in erster Linie *Polyarthritis rheumatica acuta*, nachher *Endocarditis* und halbseitige *Urticaria*, welchen bald *Chorea* auf derselben Seite folgte; endlich entwickelte sich durch die Enclocarditis eine Mitral-Klappen-Insufficienz.

Ein solches Aufeinanderfolgen, eine solche Complication und ein solcher Verlauf der verschiedenen pathologischen Zustände ist sehr selten, und trotzdem wir nach den Erfahrungen den Zusammenhang dieser Krankheiten einzeln häufig genug beobachten, können wir dennoch nicht die Ursache und die Art dieses Zusammenhanges erklären.

In Begleitung von Rheumatismus sehen wir sehr oft in der ersten Woche der Krankheit sympathische Erkrankungen der Haut in Form von vasomotorischen Störungen. Am häufigsten ist das Auftreten von *Herpes, Erythema exsudativum multiforme* und *Purpura*, und zwar entweder in der Nachbarschaft der erkrankten Gelenke oder an ferngelenen Hautpartieen. Urticaria beobachten wir seltener. Die mit dem Rheumatismus verbundene grössere Exsudation verursacht auch noch *Miliaria rubra* oder *Miliaria crystallina*. Aber diese vasomotorischen Störungen beschränken sich nicht auf die eine Seite; sie treten entweder an einer oder an der anderen erkrankten Extremität, oder seltener, am ganzen Körper auf. Ihr Verlauf ist ein schneller und akuter. Sie bestehen ein bis zwei Tage, nachher verschwinden sie für immer. Einige Wochen, nach Anfang der Krankheit oder nach deren Beendigung—wie es gerade in unserem Falle geschah—pflegt weder *Erythema exsudativum multiforme* noch *Urticaria* aufzutreten. Oder sollte der Nesselausschlag unserer Patientin das Reflex-Symptom einer organischen Erkrankung gewesen sein?

Ein chronischer Magen- und Darmcatarrh war nicht zugegen; die geringe Anteflexion der Gebärmutter, der mässige Scheiden- und Gebärmuttercatarrh haben dasselbe nicht verursacht; denn durch sie verspürte die Kranke im Allgemeinen gar keine Unannehmlichkeiten. Auch können wir Fieber und den Genuss reizender Speisen ausschliessen. Alle diese Krankheiten, wenn sie auch Nesselausschlag verursachen, zeigen denselben doch nicht auf einer Seite lokalisirt.

In unserem Falle beschränkt sich die Urticaria auf die linke Seite, auf jene Seite, an welche später motorische Störungen entstanden. Der Ausschlag wechselte nach dem Erscheinen der Chorea seinen Charakter, indem sich derselbe den heftigen Zuckungen anschloss und seine Eruption mit der Grösse der Zuckungen gleichen Stand hielt.

Die Urticaria pflegt allerdings mit schweren Nervenkrankheiten complicirt zu sein, aber sehr selten.

Charcot[1] sagt von den die Nervenkrankheiten begleitenden Hautkrankheiten, dass sie entweder papulöse oder lichenartige Ausschläge, Urticaria oder endlich Zoster und Pusteln sind. Aber trotz seiner grossen Erfahrung erwähnt er nur einen Fall, wo als Complication Urticaria auftrat. „Bei einer Frau, die dazumal in der Salpetrière lag, erschien bei jedem Anfalle ein riesiger Nesselausschlag in der Höhe aller jener Punkte, wo die heftigsten Schmerzen wären." Aber welche Nervenkrankheit die Patientin hatte, giebt Charcot leider nicht an.

Besonders mit der Chorea complicirt sich selten eine Hautkrankheit. Nur Benedikt[2] erwähnt den Fall einer jungen Dame, bei der zur Chorea Aphasie, grössere Gemüthsreizung und Erythema nodosum hinzutrat.

Ziemssen erwähnt in seinem grossen Werke, dass er in Begleitung von Chorea vasomotorische Störungen nie sah.

Eulenburg[3] sagt über die vasomotorischen Störungen Folgendes: „Vasomotorische und tropische Störungen sind in der Regel nicht deutlich ausgesprochen, und wenn vorhanden, meist auf die zu Grunde liegende Anaemie oder auf Complicationen (Herzkrankheiten) zurückzuführen."

Ueber die Sensibilität der Haut sind die Meinungen verschieden und sehr abweichend.

So hat Benedikt gefunden, dass die Sensibilitäts-Nerven bei Chorea auf traumatische oder elektrische Reize stark reagiren.

Eulenberg dagegen sagt: „Die Sensibilität der Haut ist bei Choreatischen zumeist inkonstant. Anästhesien und Analgäesien sind sehr selten. Hingegen sind sie sehr häufig im Prodromal-Stadium; da finden wir auf Druck schmerzhafte Stellen, besonders an den Dornfortsätzen der Halswirbel, an oberflächlich gelegenen Nervenstämmen des Gesichtes, Halses und der Extremitäten."

Rousse fand auch im Verlaufe der sensiblen Nerven schmerzhafte Punkte.

In unserem Falle gingen der Chorea auf der Haut der linken Körperhälfte grössere vasomotorische Störungen (Urticaria) vorher, welche sich später mit noch grösseren Nervenstörungen vergesellschafteten. Es war an der erkrankten Körperhälfte während der Dauer der Chorea eine auffallende Hyperaesthesie zugegen. Auch war ein Herzfehler da vorhanden.

Sowohl der Ausschlag, als auch die Hyperaesthesie der Chorea vergingen schnell zu gleicher Zeit unter der Wirkung derselben Medikamente, so dass wir annehmen können, dass zwischen der Chorea und Urticaria ein enger causaler Zusammenhang bestand. Es ist wahrscheinlich dass die Urticaria der Vorposten der Chorea war und dass den Störungen der feinen Gefässnerven dieselbe pathologische Ursache zu Grunde lag, welche später die Störungen der grösseren Motilitäts-Nerven zur Folge hatte.

Aber was verursacht dies?

Die Aetiologie der Chorea ist noch immer sehr dunkel. Wir haben

---

[1] *Vorträge über die Krankheiten des Nervensystems.*
[2] *Nervenpathologie und Therapie*, 1874. p. 252.
Realencyclopedie: Chorea.

Erfahrungen, dass sie nach vorausgegangenen akuten Krankheiten auftritt, dass sie unter klimatisch-atmosphärischen und psychischen Einflüssen (Gemüthsaffecten) entsteht und dass sie durch die Laesion der peripheren Nerven hervorgerufen wird ; aber warum und auf welche Weise sie entsteht und welcher Theil des Central-Nervensystems daran betheilist ist, darüber haben wir in den meisten Fällen keine ganz sicheren Daten.

Viele Autoren geben als Ursache der Chorea Rheumatismus an, so Mackenzie[1], Sturges[2] Ogle. Und nicht ohne Grund; denn gerade die Sektion solcher Choreatischer giebt uns positive Anhaltspunkte, wenn als Vorläufer der Chorea akuter Rheumatismus und als Complication eine Herzkrankheit beobachtet werden konnte.

So fand Ogle unter achtzig nicht lethalen Fällen von acuten Gelenkrheumatismus achtmal Chorea. Unter diesen acht Fällen hatten fünf höchst wahrscheinlich Herzkrankheit; unter sechzehn lethalen Fällen vier sicher und sechs wahrscheinlich mit Rheumatismus verbunden, vier mit Herzgeräuschen während des Lebens. Die Sektion ergab in dreizehn Fällen unter sechzehn das Vorhandensein endocarditischer, valvulärer oder pericarditischer Veränderungen.

Mit einem Herzfehler nach akutem Rheumatismus scheint auch der Choreafall des Dr. N. Weiss[3] im Zusammenhange zu stehen, den er am 19. Mai 1882 im *Wiener medizinischen Verein* vorgestellt und a. a. O. veröffentlicht hat. Auch in diesem Falle entstanden nach akutem Rheumatismus endocarditische und choreatische Erscheinungen und aus Ersterem entwickelte sich langsam eine Mitral-Klappen-Insufficienz.

Klebs fand in den Gehirnarterien, Pepper hingegen in den Rückenmarkgefässen Embolien bei der Sektion von Choreatischen. Auch neuere Sektionen lassen es vermuthen, dass die Chorea vielfach im Zusammenhange ist mit embolischen Erkrankungen der basalen Gehirntheile, welche von in den Blutgefässen fortgeschwemmten Bakterien oder Fibringerinnseln verursacht worden sein mögen.

Ich glaube nicht zu irren, wenn ich auch die Complication unseres Falles auf den überstandenen *Rheumatismus acutus* zurückführe.

Es ist wahrscheinlich, dass sowohl die auf die halbe Seite begrenzte Urticaria, als auch die Hemichorea in Folge von *Rheumatismus acutus*, oder der mit demselben zu gleicher Zeit aufgetretene Endocarditis— resp. der *Endocarditis embolica*—entstand.

Maltine mit Cascara Sagrada.

Dieses neue Präparat, welches von der Maltine Manufacturing Co. eben in den Markt gebracht wird, ist in bestimmten Fällen sehr zu empfehlen. Der Werth von *Cascara Sagrada* in Fällen von hartnäckiger und habitueller Erschöpfung ist allgemein anerkannt. In Verbindung mit Maltine wirkt es, bei gleichzeitig stärkender Wirkung des letzteren, als angenehmes *Laxativum*, dessen Unterschied von anderen darin liegt, dass es nicht nur den Darm nicht schwächt, sondern im Gegentheil als ein *Tonicum* sich erweist. In der British Medical Association berichtete Dr. Reid 33 Fälle, in denen er *Cascara Sagrada* bei Erschöpfung angewendet, davon 27 mit vollständigem Erfolge; auch bei Hämorrhoiden hat es sich bewährt. Eine flüssige Unze von Maltine enthält 1½ Drachmen fl. extr. *Cascara Sagrada*.

[1] *Brit. med. Journal.* 1875. [2] *Lancet.* 1877.
[3] *Wiener med. Wochenschrift*, 1882. No. 22.

REFERATE.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. H. J. Garrigues. — Extrauterine Pregnancy changed to intrauterine by means of Faradization. — *Medical News*, Dec. 12. 85.

Verf. berichtet einen Fall, in welchem eine interstitielle Schwangerschaft durch Faradisation in eine intrauterine verwandelt wurde. Es handelte sich um eine III. Para, die im ersten Kindbett Diphtherie des Genitaltractus überstanden hatte, welches Uebel durch Obliteration des uterinen Endes der rechten Tube als aetiologisches Moment für die interstitielle Schwangerschaft angegeben wird. Sie wurde zuerst zwei Monate nach Cessation der Menses untersucht wegen Schmerzen in der rechten Inguinalgegend; Vagina lila-farbig; Uterus median und normal; am rechten Horne eine sehr sensitive Geschwulst; kein Vaginal-Puls. Einen Monat darauf Wehen und desshalb erneute Untersuchung; (Sonde 2" links); linke Hälfte des Uterus platt; rechte giebt mit Geschwulst eine kugelige Masse; (Sonde 3" rechts) von der Medianlinie. Sonde lässt sich leich 3½" einführen und nach links drehen, stösst rechts auf Widerstand, kein Abgang von Blut oder *Liquor Amnii*. Der weiche Cervix giebt das Gefühl, als wenn er sich öffnen wollte. Fünf Stunden nachher etwas Blutabgang; dann 10 Minuten lange Application eines sehr schwachen primären Stromes, negativer Pol in Vagina, positiver auf dem Abdomen, welches das Uterusgeräusch aufhören liess; wiederholt am nächsten Abend (23. Juni), worauf die Schmerzen aufhören. Ferner Faradisation „zur Sicherheit" am 2., 3. und 5. Juli, auch am 17. und 19. Juli wegen erneuter Schmerzen, nach welchen der Uterus sich verschlimmerte und subjectiv gespürte Foetal-Bewegungen aufhören. Am 23. zeigt Uterus normal schwangere Form. Uteringeräusch anwesend. Patientin wurde am 31. Oktober von einem lebenden Kinde (16½" lang) entbunden, welches fünf Stunden lebte. Verf. weist darauf hin, dass der Foetus jedenfalls gestorben sein würde, wenn eine stärkere Batterie angewendet worden wäre und räth in ähnlichen Fällen von interstitieller Schwangerschaft zuerst Anwendung von schwachen Strömen, um möglicherweise den Eintritt des Ovums in den Uterus selbst zu veranlassen.

Dr. R. L. Banta. — Treatment of Placenta Praevia. — *Buffalo Med. and Surg. Journal;* March 1886.

B. will die Behandlung der *Placenta Praevia* nach Braxton Hicks (Dilatation des Cervix combinirte Wendung auf einen Fuss) so modifiziren, dass er unter allen Umstanden erst versucht die Wendung auf den Steiss durch äusserliche Manipulation allein zu vollenden und dann einen Fuss ergreift. Er glaubt hierdurch die Gefahr für Sepsis zu verringern. Von drei angeführten Fällen gelang ihm diese Art der Wendung in zweien.

Dr. V. O. Hardon. — A case of Retroflexion of the Uterus treated by daily replacement and the supporting Tampon. — *Atlanta Med. and Surg. Journal;* February 1886.

Patientin ledig, 30 Jahre alt litt an Incontinenz, Dysmenorrhöe etc. Untersuchung: Tief in der Pelvis liegendes retroflexirtes Organ mit

langem Cervix, conischem Os; Fornix sensitiv; Utero-Sacralligamente hart. Behandlung: Bilaterale Incision, darauf wird der Uterus sofort mit einer Simpson'schen Sonde anteflectirt und an seinen Platz gebracht, woselbst ihn Glycerin-Watte Tampons halten. Diese letztere Manipulation wurde an den folgenden 32 Tagen 32 mal wiederholt, worauf der Uterus von selbst *in situ* blieb; die Schmerzen etc. hatten sich verloren. — (Patientin war eine Negerin, sonst hätte sie wohl kaum die erste Sitzung ohne Reaktion durchgemacht. Ref.)

Dr. Henry S. Coe. — Is Disease of the Uterine Appendages as frequent as it has been represented?—Reprint. *Am. Journal of Obstetrics.* Vol. XIX. June, 1886.

Folgende Deductionen ergeben sich aus Verfasser's Argumenten:

1. Ovarial-Krankheiten sind nicht so häufig als angenommen; und die Chirurgen, nicht die Pathologen, sind für die gegentheilige Meinung verantwortlich.

2. Angenommen, ein Ovarium is erkrankt, so folgt daraus noch nicht, dass dessen Functionen bedeutend gelitten, oder die Oophorectomie geboten ist.

3. Die Anwendung der Ausdrücke „Cirrhose" und „cystische Degeneration" auf das Ovarium ist zu tadeln, und werden dieselben häufig gebraucht, um eine nicht indicirte Operation zu rechtfertigen.

4. Wirkliche Erkrankung der Tuben ist lange nicht so häufig, wie gewöhnlich angenommen. Leichtere Grade der Entzündung, hauptsächlich „leichte katarrhalische Salpingitis," können selten vom Pathologen, viel weniger vom Chirurgen erkannt werden.

5. Viele der Symptome, welche der Erkrankung der Adnexa zugeschrieben werden, beruhen in Wirklichkeit auf lokalisirter Peritonitis und weichen nicht nach Herausnahme der Adnexa des Uterus.

6. Die Physiologie der Ovarien und Tuben wird noch ungenügend verstanden; daher muss auch deren Pathologie noch *sub judice* bleiben, und Operationen für deren Beseitigung auf Grund partieller Erkrankung müssen bis zu einem gewissen Grade als nur empirisch begründet angesehen werden.

7. Der gegenwärtige Enthusiasmus hierzulande für die Tait'sche Operation wird nicht anhalten, weil man finden wird, dass die Zahl der permanenten Heilungen nicht im Verhältniss zu der Masse der Operationen steht.

Dr. H. J. Garrigues. — Puerperal Diphtheria.— Reprint. *Transactions of the American Gynecological Society.* Vol. X. 1886.

Verfasser hält Diphtherie des puerperalen Genitaltratus, entgegen Spiegelberg, desssn Ideen er durch die extremen Ansichten E. Martin's beeinflusst glaubt, für durchaus nicht selten. 27 sorgfältig beobachtete Fälle, mit lethalem Ausgange in fünf derselben, bieten ihm Gelegenheit, seine Ansicht zu vertreten. Das Hauptgewicht legt er auf Prophylaxis und empfiehlt hierzu ausser allgemeinen Vorsichtsmassregeln einen Okklusivverband; derselbe besteht aus einem, von aufsaugendem (Watte, etc.) und nicht durchgängigem (Mackintosh, etc.) Material gemachten und in 1 : 2000 Sublimatlösung getränkten Kissen, welches durch eine T-Binde permanent vor der Vulva gehalten wird. So kann nur filtrirte

Luft (ohne Fäulnisserreger) an den Genitaltractus gelangen. Dieser Okklusivverband ist leicht herzustellen und ist, nach Ansicht des Referenten, ausgezeichnetes Prophylacticum gegen Puerperalkrankheiten im Allgemeinen. Stellen sich trotzdem diphtheritische Belege ein, pinselt er dieselben per speculum mit 50 Proz. Chlorzinklösung und wäscht die Vagina mit schwacher Sublimatlösung aus ; ist das Endometrium afficirt, so werden Jodoformstifte eingeführt. Ausserdem Alcoholica und antefebrile Behandlung, auch Extr. Ergot. fl.

Dr. L. Fuerst. — Eine verbesserte Menstruationsbinde. — *Centralblatt für Gynäkologie* No. 37. 1885.

Anstatt einfacher Binde empfiehlt Dr. F. ein einer Badehose ähnliches Machwerk, dessen Vorder- und Hintertheil aus Leinwand oder Tricot besteht, verbunden durch ein Gummi-Stück, auf dem ein aufsaugendes Watte-Kissen befestigt werden kann, so dass die Binde zugleich auch Leibbinde und Wärmespender ist.

Die hierzulande gebräuchlichen Gummi-Taschen sind leichter und reinlicher.

Dr. W. W. Keen. — Three Cases of Removal of the Ovaries and Fallopian Tubes. — *Philadelphia Med. Times,* February 1886.

Verf. operirte stets unter Spray und stricter Carbol-Antisepsis. Indication : zweimal Uterus-Myome, welche Blutung erzeugten, die nicht durch Ergot etc. zu sistiren war. Eine Heilung und ein Todesfall an Peritonitis, in welchem letzteren grosse Abdominal-Incision und sehr schwierige Unterbindung der Adnexen. Das dritte Mal wurde die Operation wegen Nymphomanie vollzogen, nachdem alle anderen Mittel fehlgeschlagen hatten. Vollständige Heilung noch zwei Jahre nach Operation!

Dr. R. M. Hall. — Epithelioma of the Cervix Uteri. *Maryland Med. Journal.* March 20, 1886.

Zwei Fälle von "*Cancer of the Cervix*" und ein Fall eines vom Cervix ausgehenden Epithelioms (mit pathologisch-mikroskopischem Befund), sämmtlich bei Negerinnen, werden beschrieben, in welcher Race bekanntlich maligne Uterus-Tumoren sehr selten sind.

Dr. E. J. Ill (Newark). — A successful Case of Vaginal total Exstirpation of the Uterus. — *N. Y. Med. Journal;* Febr. 13, 1886.

Operation nach Fritsch (Anteversion der Uterus durch vorderen Culde-Sac nach theilweiser zeitlicher Abtrennung der Vagina vom Cervix) an einer 42jährigen Patientin. Trotz nicht sehr strikter Durchführung der Antisepsis und 4½stündiger Dauer der Operation stieg die Temperatur niemals über 100.6° Fahrenheit (Wo ? Ref.).

Nach 6 Monaten kein Recidiv.

Von 137 von Dr. Ill gesammelten Fällen bis jetzt waren 37 mit lethalem Ausgang.

Dr. W. H. Baker. — Cancer of the Uterus: Its treatment by high Amputation compared with total Exstirpation. — *N. Y. Med. Journal;* March 20, 1886.

Nach Beschreibung seiner Operation (Abtrennung des Cervix bis zum

Os interum von der Vagina, dann trichterförmige Excision des Cervix bis hoch in die Muscularis des *Corpus uteri*, hierauf Application von rothglühendem Thermo-Cauter auf die Wunde) vergleicht er seine Resultate, in welchem bei 10 Operationen (vor 1882 gemacht, welche er allein zur Statistik benützt) kein Todesfall unmittelbar nach der Operation vorkam, und wo nach 4jähriger Dauer noch 6 Patienten sich am Leben befanden, mit denen Pawlik's über operirte Cervix-Carcinome, in welchen 7.3 Proc. Todesfälle in Folge der Operation vorkamen und 10.3 Proc. nach 4 Jahren wohl waren. Bei Total-Exstirpation (Post) zeigen sich gar 27 Proc. Todesfälle bei der Operation und (Duncan) 32 Proc. noch frei nach zwei Jahren.

Verfasser hat jedoch in 9 von seinen 10 Fällen Curette und Thermocauter später wiederholt anwenden müssen.

Er empfiehlt daher seine Methode in allen Fällen von Cervix-Carcinom und Erkrankungen der unteren Partie des Uterus selbst, will aber natürlich für primäres Carcinom des Fundus oder Corpus die Total-Exstirpation nicht verworfen wissen.

Prof. Rud. Kobert. — Ueber Mutterkornpräparate.—*Centralblatt für Gynäkologie*, No. 20, 1886.*)

1. Ergotinsäure besitzt keine wehenerregenden Wirkungen.
2. Reine krystallisirte Präparate des Ergotinin (Tanret) haben keinen Einfluss auf den Uterus.
3. **Cornutin** (vielleicht ein Zersetzungsproduct von Ergotinin) hat specifische wehenerregende und wehenverstärkende Wirkungen. Bei Abwesenheit von Gravidität tritt die Wirkung auf den Uterus erst mit den sonstigen Vergiftungssymptomen auf.
4. Sphacelinsäure (eine Harzsäure) bewirkt bei schwangeren Thieren Abort und scheint *Tetanus Uteri* zu erregen.
5. Combination der beiden letzgenannten wird leicht halbflüssig und verliert die Wirkung.
6. Mutterkorn verliert nach einjähriger Aufbewahrung alle Wirkung auf den Uterus.
7. Maismutterkorn (cornsmut), *Ustilago Maidis*, hat für den Geburtshelfer seinen Werth.
8. Ebensowenig *Radix Gossypii Herbacei.*

Prof. Czerny. — Zur Prophylaxis des Hängebauchs der Frauen.—*Centralblatt für Gynäkologie*; No. 3, 1886.

Prof. Czerny empfiehlt die Anlegung einer strammen Leibbinde eine Woche lang nach der Entbindung, um Hängebauch zu verhüten.

Dr. A. Sippel. — Zu der wehenerregenden Wirkung heisser Vollbäder.—*Centralblatt für Gynäkologie*; No. 14 1886.

Bäder von 33—35 ° R. von 30 Minuten Dauer sollen nach Verf. häufig Wehen erregen, jedenfalls aber die Portio weich machen und das Os eröffnen.

Dr. Belaieff (Kiew). — Zur antiseptischen Technik.—*Centralblatt für Gynäkologie*; No. 19, 1886.

Einreibung der Hände mit aquamarinfarbiger Salbe (1: 5—8 Vase-

*) S. N. Y. Med. Presse, Bd. No. 6, p. 272.

lin) werden vorgenommen und wenn die Farbe durch Application von Wasser, Seife und Bürste verschwunden ist, sind auch die Hände so rein, wie sie durch Waschen werden können.

H. Fehling. — Die kombinirte Wendung nach Braxton Hicks bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt.—*Centralblatt für Gynäkologie*; No. 18, 1886.

Um der hochgradigen Wehenschwäche, welche bei künstlicher Frühgeburt häufig eine recht störende Complication ist, zu begegnen, empfiehlt Verfasser kombinirte Wendung auf einen Fuss sobald der eröffnete Muttermund dies zulässt. Dann strenge Trennnng von Wendung und Extraktion. v. R.

Syphilologie.

Kaposi. — Ueber die Therapie der Syphilis. — *Münchener Med. Wochenschrift*, 15. Juni 1886.

Auf dem Congress für innere Medizin in Wiesbaden (14.—17. April) gab Kaposi eine Uebersicht über den jetzigen Stand der Syphilistherapie. In einem kurzen historischen Rückblicke wies K. darauf hin, dass die Therapie im Vergleiche zur Pathologie der Syphilis wenige Fortschritte zu verzeichnen habe, und dass heute, wie vor 400 Jahren, die Inunctionskur die zuverlässigste Behandlungsmethode wäre. Die einzige Bereicherung unseres Arzneischatzes sei das vor 50 Jahren eingeführte Jod. K. ist nicht nur von der Heilbarkeit der Syphilis überzeugt, sondern sogar davon, dass sie unter den verschiedenen chronischen Infektionskrankheiten die am besten heilbare sei, nur müsse der praktische Arzt, mit tüchtigen pathologischen Kenntnissen ausgerüstet, die richtigen Mittel und Methoden mit nöthiger Energie zur rechten Zeit anzuwenden wissen. Kaposi erörtert nun die folgenden Punkte:

1. Ist von einer bestimmten Behandlung der Initialform eine Verhinderung der Allgemeininfektion zu erwarten? Wenn man annimmt, dass das Virus eine gewisse Zeit der Initialform anhaftet, so müsste man theoretisch die Verallgemeinerung des Virus zu verhüten trachten. Zu diesem Zwecke seien erstens das Cauterisiren, zweitens die Excision der Initialaffecte empfohlen worden. Das Ausbleiben von consecutiven Symptomen nach ausgiebigem Cauterisiren kann an und für sich nicht der Aetzung zugeschrieben werden, da ja nicht jede Sklerose von allgemeinen Symptomen gefolgt sei, und da es vom subjektiven Urtheile des Beobachters abhängt, ob die Primärläsion als syphilitisch zu betrachten sei oder nicht. Das Vorhandensein oder Fehlen von benachbarten Drüsenanschwellungen spricht nicht für, aber auch nicht gegen die syphilitische Natur des Primäraffektes. Die Lustgarten'schen Bacillen dagegen, wenn ihre Beziehungen zur Syphilis sichergestellt wären, würden natürlich ein sicheres Kriterium liefern.

Den Vorschlag, durch Durchschneidung des Dorsallymphgefässes, oder Ausschaltung der Lymphdrüsen die constitutionelle Syphilis zu verhüten, betrachtet Kaposi als sehr naiv, da der ganze Penis von einem Korbgeflechte von Lymphgefässen durchzogen sei und man auch nicht wüsste, welche von den Lymphdrüsen man exstirpiren solle.

Die dritte Methode, durch Allgemeinbehandlung consecutive Symptome zu verhindern, obschon rationell, sei nicht praktisch, da die Er-

fahrung lehre, dass Allgemeinerscheinungen nicht ausbleiben und der Verlauf der Erkrankung atypisch wird, so dass z. B. zu den Frühformen schwere Symptome sich gesellen. Bezüglich des Werthes der gegen die Syphilis angewandten Medikamente seien Hospitalberichte mit grosser Vorsicht auszunehmen, da ja ein verschwindend kleiner Bruchtheil der Patienten wirklich geheilt entlassen wird. Von allen Behandlungsmethoden mittelst Quecksilber ist nach Kaposi's Erfahrung die Inunktionskur noch immer die wirksamste. Auch seien Quecksilberseifen brauchbar. Für die lokale Behandlung irritativer und gummöser Infiltrate eigneten sich *Emplastrum Hydrargyri* und der Unna'sche Quecksilber-Pflastermull.

Was die Brauchbarkeit eines Mercurialpräparates anbetreffe, so sei dasjenige am werthvollsten, welches am längsten im Körper verweile und daher Recidiven am ehesten vorbeuge; er empfiehlt der Reihenfolge ihrer Wirksamkeit nach folgende:

1. Die graue Salbe;
2. Subkutane Einspritzungen von Calomel;
3. Von Lewin'scher Sublimatlösung.
4. Das Formamid zu subkutanen Einspritzungen sei am wenigsten schmerzhaft.

Für die Quecksilberbehandlung eignen sich, nach K., alle Hautkrankheiten der Früh-, sowie der Spätperiode, Erkrankungen der Knochen, der parenchymatösen Organe und des Cerebrospinal-Systems des akuten Stadiums, während die späteren Stadien, sowie Gelenksaffektionen und Cephalalgie besser auf Jodbehandlung reagiren.

Je energischer die Behandlung, desto sicherer werde Recidiven und einem protrahirten Verlaufe vorgebeugt. Wenn durch irgend welche Rücksichten die Inunktionskur nicht zulässig, so kommen die Einspritzungen an die Reihe. Stellen sich aber Iritis, ulceröse Prozesse des Kehlkopfes und der Nase ein oder Gehirn- und Rückenmarkserscheinungen, so ist sofort wieder eine energische Einreibungskur einzuleiten. In den ersten Stadien sollte Jod niemals allein angewandt werden.

Das *Decoctum Zittmanni* ist ein überaus wirksames Mittel bei Spätformen, besonders gegen ulceröse Prozesse des Rachens und der Haut. Nachkuren von Schwefel- und Seebädern haben nicht die geringste Wirkung.

Was die Dauer der Behandlung anbetrifft, so sei eine energische Cur gleich nach dem Auftreten von secundären Symptomen einzuleiten, und sollte sie repetirt werden, so oft charakteristische Symptome sich einstellten. Die Allgemeinbehandlung soll stets durch eine lokale unterstützt werden.

Fessenden N. Otis. — Ueber die Grenze des contagiösen Stadiums der Syphilis. — *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases;* No. 384, 1886.

Indem Otis dem Lustgarten'schen Bacillus specifische Eigenschaften abspricht, betrachtet er ein degenerirtes weisses Blutkörperchen, wie es schon von Beale vor 20 Jahren als *"diseased germinal cell"* beschrieben wurde, als specifisches Contagium der Syphilis. Diese Körperchen sollen durch Contact benachbarte Zellen inficiren und zur Proliferation anregen. Während der ersten zwei Monate der Erkrankung, also zu einer Zeit wo der syphilitische Process sich auf den Initialaffekt und

die benachbarten Drüsen beschränkt, ist die Syphilis als eine lokale Erkrankung zu betrachten. Unter keinen denkbaren Umständen, kann die Syphilis vom Vater auf den Foetus übertragen werden ; zur hereditären Transmission, muss die Infektion der Mutter immer vorausgehen, da nach Otis das Sperma nicht das Contagium der Syphilis enthält.

Tertiäre Erscheinungen sind immer durch Veränderungen der Lymphräume und Gefässe bedingt und sind Folgen pathologischer Processe des aktiven und contagiösen Stadiums der Syphilis.

Auf die Besprechung des Fournier'schen Werkes : „Ueber Syphilis" eingehend, glaubt Otis aus dem Studium der darin enthaltenden Fälle folgenden Satz formuliren zu dürfen : Tertiäre Läsionen sind niemals ansteckend ; die Grenze des contagiösen Stadiums der Syphilis lässt sich auf fünf Jahre nach der Infektion fixiren ; ferner kann die Syphilis spontan ausheilen. Otis selbst hat niemals einen Fall von unzweifelhafter secundärer Syphilis, zwei Jahre nach der Infektion beobachtet. Recidivirendes papuläres Exanthem, zwei oder drei Jahre nach der Infektion, wie es besonders an den Händen und Füssen vorkommt, ist durch Alteration der Lymphgefässe während des aktiven Stadiums bedingt ; in drei derartigen Fällen, wurde die Erlaubniss gegeben, drei Jahre nach der Infektion die Ehe einzugehen, ohne dass die Frauen inficirt wurden oder eine Uebertragung auf die Nachkommenschaft stattfand,

Perlgraue Streifen und Flecken, Erosionen und Geschwüre oder Einrisse mit weisslichem Belag, die als Residuen von Schleimpapeln Jahre lang bestanden, kamen Otis häufig unter Beobachtung, ohne dass durch sie jemals eine Ansteckung nachzuweisen gewesen wäre. Er zögert daher nicht die Ansicht auszusprechen, dass diese Folgen der Syphilis, drei Jahre nach der Infektion, nicht mehr ansteckend sind. Drei oder vier Jahre nach der Infektion verliert die Syphilis ihre Contagiosität, mit oder ohne Behandlung.

E. Lendet. — Ueber die Heilbarkeit der syphilitischen Endarteriitis.—Ref. *Schmidt's Jahrbücher*; No. 9, p. 266, 1885.

Bei einem 53jährigen Patienten, der vor vier Jahren sich einen unbedeutenden Schanker zuzog, dem leichte sekundäre Symptome folgten, die aber bald nach der Behandlung schwanden, stellten sich Kopfschmerzen und melancholische Stimmung ein. Patient klagte überdies über lancinirende Schmerzen in der linken Schläfe. Der vordere Zweig der linken Temporalis war auffällig vergrössert und hart und zeigte sich als ein Querstrang von einer Länge von 25 Millimetern. Die so veränderte Partie liess sich genau von dem gesunden Aste unterscheiden. Trotz Anwendung von Jodkalium blieb dieser Zustand fünf Monate lang unverändert bestehen. Während dieser Zeit bildete sich dieselbe Veränderung am entsprechenden Zweige der rechten Temporalis aus. Mit fortgesetztem Gebrauche von Jodkali nahm die Härte der rechten Temporalis ab, und nach abermals zwei Monaten schwanden auch diese, sowie Kopfschmerzen und die übrigen Erscheinungen.

Anschliessend an diese Mittheilung, wäre der folgende von M. v. Zeissl beschriebene Fall von Interesse (Lang, Pathologie und Therapie der Syphilis, p. 298):

Ein 31 Jahre alter Mann acquirirte vor zehn Jahren Syphilis, welche

nach 12-wöchentlicher Behandlung wich. Vor zwei Jahren hatte sich eine langsam wachsende Geschwulst im *Sulcus bicipitalis internus* ausgebildet, die aber erst während der letzten zwei Monate schmerzte. Der Arm war sehr abgemagert und schien dem Patienten etwas kälter; das Ellenbogengelenk war stumpfwinkelig gestellt und konnte nicht gestreckt werden. Der *Sulcus bicipitalis internus* vom *Collum chirurgicum* bis zur Mitte des Oberarms war von einer daumendicken, perlschnurartigen, schwach pulsirenden Geschwulst von 8 cm. Länge eingenommen. Der Radialpuls war schwach. Nach 15-wöchentlicher antisyphilitischer Behandlung verkleinerte sich die Geschwulst bis auf einen Rest, der nach weiteren 5 Monaten schwand. Die Arterie obliterirte und es stellte sich ein Collateralkreislauf ein.

Fischer. — Syphilitische Necrose des Atlas. — *Monatshefte für praktische Dermatologie.* 1885, p. 442.

Verf. berichtet über einen 25-jährigen Patienten, bei dem sieben Monate nach der Infection sich ein Geschwür ausbildete, das die ganze hintere Rachenwand einnahm und mit einem dicken gelblichen Belage versehen war; nach oben waren seine Grenzen nicht bestimmbar, nach unten erstreckte es sich bis an die Lungenbasis. Der weiche Gaumen war verdickt und geröthet. Patient war sehr anämisch und abgemagert und bot das Bild eines im letzten Stadium der Phthisis sich befindenden Kranken. Jedoch Lungen und Kehlkopf waren normal. Die Sprache war näselnd und die Schlingbewegungen erschwert. Es stellte sich Nackensteifheit ein, Drehbewegungen des Kopfes waren schmerzhaft und Nickbewegungen konnte der Patient nur in sehr geringem Maasse ausführen. Unter Behandlung mittelst Schmierkur und Jodkalium, Applikationen von *Argentum nitricum* und Gurgelungen von Sublimat wurde Besserung des Geschwüres, sowie auch der Sprach- und Schluckbeschwerden erzielt; jedoch blieb die Nackensteifigkeit. Im dritten Monate der Behandlung, also im zehnten Monate der Erkrankung, liess sich an der hinteren Rachenwand ein entblösster Knochen nachweisen. Dieses Knochenstück wurde vier Tage später vom Patienten ausgehustet und ergab sich als der vordere Bogen des Altas. Nun ging die Heilung rasch vorwärts, das Geschwür übernarbte und die Kopfbewegungen konnten unbehindert ausgeübt werden.

Clutton.—Symmetrische Synovitis des Knies bei hereditärer Syphilis.—*Lancet*, Feb. 26, 1886.

Unter vielen derartigen Fällen, die ihm zur Beobachtung kamen, hat C. die Krankengeschichte der letzten 11 genauer notirt. Die Haupt-Merkmale der Erkrankung waren die Symmetrie, die Schmerzlosigkeit, der chronische Charakter, die freie Beweglichkeit der Gelenke bei passiven Bewegungen während des ganzen Verlaufes der Erkrankung. Die Patienten klagten gewöhnlich über Steifigkeit in einem Gelenk; genauere Untersuchung ergab jedoch auch Flüssigkeit im anderen Knie. Die Knochen waren nicht verdickt, wie es bei der hereditären Epiphysiitis der Fall ist. Bei einzelnen Patienten liess sich eine Verdickung des Synoviums wahrnehmen. Die Gelenkbänder waren niemals straff gespannt; andere Gelenke, als das Knie, waren niemals afficirt. Die Behandlung mittelst Schienen und Ruhe war ohne besonderen Erfolg, dagegen beförderten Jodkali und Quecksilber die Heilung.

Dass es sich in diesen Fällen um hereditäre Syphilis handelte, wurde durch folgende Befunde constatirt: Neun Patienten hatten Keratitis, bei fünf zeigten sich Hutchison'schen Zähne, und in vier Fällen waren Knochenauftreibungen vorhanden. Die Affektion zeigte grosse Neigung zu Recidiven. Das Durchschnittsalter der Befallenen war 13 Jahre.

D. S. O. Vanderpoel, Jr. — Die abortive Behandlung der Gonorrhöe.—*N. Y. Med. Record*, March 27, 1886.

Verf. berichtet interessante Beobachtungen zur Therapie des Trippers; er benutzte das reiche Material des *Roosevelt Hospitals*. Ausgehend von der Annahme, dass die Gonorrhöe ihren Ursprung einem spezifischen Keim, dem Neisser'schen Gonococcus verdanke, und mit der Voraussetzung, dass man zur Erreichung der Kur die Ursache beseitigen müsse, suchte er eine Substanz zu finden, die den Micrococcus tödten sollte, ohne die Schleimhaut der Urethra zu schädigen. Heisswasserirrigationen wurden zuerst einer Probe unterzogen; diese wurden gut vertragen und bewirkten auch anscheinend eine Verminderung der Zahl der Gonococcen, wenn sie genügend häufig angewandt wurden; ihre Wirkung ist jedoch, nach V., eine rein mechanische, indem sie einfach eine Auswaschung der Urethra bewirken und nicht die Gonococcen tödten; sistirt man die Auswaschungen, so sind die Gonococcen ebenso zahlreich wie zuvor vorhanden.

Eine gesättigte Borsäure-Lösung, eines der beruhigendsten Mittel gegen die Gonorrhöe, wirkte ebensowenig Gonococcen-tödtend, wie heisses Wasser. Jodoform in Salbenform (1 : 6 und 1 : 8) erwies sich als sehr brauchbar, indem es den Harndrang verminderte, hatte aber keinen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung.

Sublimateinspritzungen (1 : 8,000 und 1 : 10,000) verursachte heftige entzündliche Erscheinungen und nach zwei oder drei Tagen häufiges Harnen, blutigen Urin; in einem Falle Retention. Eine Lösung 1 : 20,000 war ebenfalls noch zu reizend. Aus diesen Gründen wurde eine Lösung von 1 : 40,000 verwendet; mit dieser wurde die Urethra drei- bis viermal täglich irrigirt, und zwar jedesmal mit einer Quantität von 3 bis 4 Quart. Diese Behandlung wurde in acht Fällen durchgeführt, und durchschnittlich wurde eine Heilung nach 8 bis 14 Tagen erzielt. Am 3. bis 6. Tage der Behandlung liessen sich keine Gonococcen mehr im Sekrete nachweisen; wenn auch mikroskopisch sich keine Gonococcen mehr demonstriren lassen, ist es doch rathsam, mit der Irrigation drei Tage länger fortzufahren, um die Keime, die sich in den Lymphräumen befinden, zu erreichen. Sistirt nun der Ausfluss noch nicht, so sind Einspritzungen von *Argentum nitricum* (gr. $\frac{1}{4}$ auf 1 oz.; 1 : 2000,) zu verwenden.

Was die Anwendung der Sonde bei chronischer Gonorrhöe betrifft, so findet man öfters eine Verschlimmerung, während in anderen Fällen eine auffallende Besserung erfolgt. Enthält der Ausfluss Gonococcen, so findet das erstere statt; die Gonococcen werden dann mit der Sonde in die hinteren Partieen der Harnröhre verschleppt, wo sich neue Infektionsherde bilden. Nur in denjenigen Fällen von chronischer Blenorrhöe, wo das Sekret von der *Pars prostatica* herrührt und keine Gonococcen enthält, wird die Sonde wirksam sein. A. F. B.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

An unsere Leser.

Den hiesigen Abonnenten der N. Y. Med. Presse war bisher das Journal durch die Post zugeschickt worden. Da uns aber mehrfache Klagen zugingen, dass manche Abonnenten ihre Nummern nicht regelmässig erhielten, so wurde eine Express-Compagnie mit der Vertheilung der Juni-Nummer betraut. Leider sind uns nun so vielseitige Klagen zugegangen, dass wir uns vorläufig ausser Stande sehen, allen gerecht zu werden.

Wir bitten desshalb alle diejenigen hiesigen Abonnenten, welche die Juni-Nummer entweder gar nicht oder erst auf Reklamation bei uns hin erhalten haben, ihre Namen gefl. nochmals an uns einsenden zu wollen.

German Medical Press Company,
23 Vandewater Street.

Die Ernährung der Kinder während der heissen Jahreszeit.

Die grosse Anzahl der verschiedenen Substitute für Muttermilch macht es anstatt leichter — gelegentlich ziemlich schwer, das Richtige zu treffen ; und doch ist für jeden einzelnen Fall die Indikation zu finden, wenn man sich der Mühe unterzieht, die einzelnen Momente, die hier in Betracht kommen, genau zu studiren und gegen einander abzuwägen.

Der Gebrauch einer Mischung von Gersten- oder Haferschleim mit Milch ist im Allgemeinen der Anwendung der verschiedenen Substitute für Muttermilch vorzuziehen. Doch ist, abgesehen von der Thatsache, dass dieselbe nicht selten im Stiche lässt — namentlich wenn es sich nicht mehr um gesunde, sondern um kranke Kinder handelt — der Wunsch der Eltern, ein derartiges Präparat zu gebrauchen bis zu einem gewissen Grade gerechtfertigt. Besonders ist es bei von Geburt an oder in Folge unrichtiger Ernährung schwächlichen Kindern geradezu geboten, solche Nahrungsmittel anzuwenden, welche einen grös-

seren Prozentsatz nahrhafter Bestandtheile in geeigneter Mischung und die Verdauung erleichternder Zubereitung enthalten.

Solange es sich nur um die Ernährung gesunder Kinder handelt, welche keine Brustmilch erhalten können, sind diejenigen Präparate vorzuziehen, welche entweder condensirte Milch in Verbindung mit den nahrhaften Bestandtheilen der Gerste, resp. des Weizen's oder die letzteren allein enthalten; (Loeflund's Kindermilch, Rahm-Emulsion, Malzextrakt etc.); ferner die Hilfsmittel zur künstlichen Verdauung der dargereichten Kuhmilch (*Peptogenic Powder, Milk of Magnesia, &c.*) Namentlich das Erstere ist bei unvollständiger Verdauung der Milch ein werthvolles Adjuvans — auch bei Verdauungsstörungen und Schwächezuständen Erwachsener.

Andererseits giebt es aber eine nicht geringe Zahl gesunder Kinder, welchen weder die Milchpräparate, noch die Malzextracte zusagen. Bei diesen sollten alsdann unzweifelhaft solche Präparate gereicht werden, welche die nahrhaften Bestandtheile des Fleisches in concentrirter, leichtverdaulicher Form enthalten (Leube-Rosenthal's Fleischlösung etc., *Sarco-Peptones.*)

Diese Form der Fleischfütterung ist unter allen Umständen dem Darreichen von rohem, gehacktem oder geschabtem Fleische vorzuziehen. Nicht nur, dass dasselbe namentlich für Säuglinge durchaus nicht so leicht verdaulich ist, wie man für gewöhnlich annimmt, es setzt das Kind auch der nicht zu unterschätzenden Gefahr einer Invasion von Parasiten aus. Ebenso ist sie der Ernährung mit in üblicher Weise *ex tempore* verfertigtem *Beef-tea* vorzuziehen.

Doch muss auch hier individualisirt werden. Der verhältnissmässig bedeutendere Gehalt an anorganischen Salzen, welchen das Fleisch naturgemäss der Milch und den Cerealien gegenüber hat, muss in seinen Wirkungen gebührend berücksichtigt werden. Eine gewisse Neigung zu dünn-breiigen oder gar flüssigen Stühlen sollte stets als Warnung gelten, die Anwendung dieser Fleischpräparate ganz oder doch theilweise zu sistiren. Mit dieser Vorsicht wird man mit diesen Substituten jedoch immer gute Resultate haben.

Eine willkommene Bereicherung des Schatzes an solchen Präparaten, die alle nahrhaften Bestandtheile der Milch, sowie der Cerealien in leicht-assimilirbarer Form enthalten, ist das unter dem Namen *Soluble Food* bekannte.

Das Caseïn der Milch ist darin mittelts Pancreatin in lösliche Form übergeführt, während die im Weizen enthaltene Stärke in Dextrin und Maltose umgewandelt ist.

In ähnlicher Weise sind in dem *Digestable Cocoa* die wahrhaften Bestandtheile des Cocoa durch Pancreatin bereits vorverdaut.

Ist nun aber trotz vorsichtiger Auswahl der Nahrung in Folge der atmosphärischen Zustände eine Erkrankung eingetreten, so ist die

Wahl der richtigen Nahrung von um so grösserer Wichtigkeit. Im Allgemeinen ist der Grundsatz festzuhalten, dass bei Magen-Darmkatarrh und *Cholera infantum* die Milchdiät entweder sehr zu beschränken oder ganz aufzuheben ist. Nur wenn die Milch, noch ehe sie gereicht wird, einem Verdauungsprozesse unterworfen wurde — also durch Erwärmen mit *Peptogenic Powder* einerseits oder durch Herstellung eines mittelst Pancreatin verdauten trockenen Extraktes, wie in dem *Soluble Food* andererseits — nur dann ist die Darreichung derselben eben in dieser Form unschädlich.

Tritt zu den Diarrhöen Erbrechen hinzu, so ist die Ernährung mittelst Klystieren indizirt, ausgenommen wenn der Darmkatarrh in den Dickdarm hinabgestiegen ist und die Follikel desselben bereits krankhafte Produkte liefern: Die gallertigen glasigen halbdurchsichtigen Klümpchen im Stuhlgange, welche für die *Enteritis follicularis* characteristisch sind.

In diesen Fällen kann natürlicherweise von einer Anwendung des *Soluble Food* oder der Fleischpräparate in Klystierform nicht die Rede sein. Der Verlauf der Krankheit, die vorherige Erfahrung in Bezug auf das am besten anschlagende Nahrungsmittel müssen hier den Ausschlag geben. Gelegentlich bleibt nichts weiter übrig, als von Neuem Versuche anzustellen, namentlich wenn man dem Magen eine 12- oder 24stündige Ruhepause gegönnt hat, während deren nur Tokaier, Champagner etc. oder — bei gut erhaltenen Kräften — einstweilen nur Gerstenschleim gereicht wurde.

Patentirte Droguen und Apparate.

Die Frage, ob wir berechtigt sind, solche Droguen und Apparate in unserer Praxis zu gebrauchen, welche in irgend welchen civilisirten Staaten durch Patente geschützt sind, ist eine brennende. Praktisch freilich ist sie längst gelöst. Wir geben ja unseren Patienten Salicyl, Antipyrin, Thallin, etc.; wir gebrauchen Jodol oder Jod-Phenol; wir stecken unsere Patienten in pneumatische Cabinete, etc., etc. Wer heute irgend Einem von uns verbieten wollte, Antipyrin oder Salicyl zu gebrauchen, weil dieselben in Deutschland durch Patente geschützt sind, den würde man einfach für einen Narren, wenn nicht für einen Verbrecher erklären. Und doch würde ein solches Verbot vom Standpunkte des "*Code of Ethics*" aus für berechtigt gehalten werden können.

Der betr. Passus lautet folgendermaassen:

"*It is derogatory to professional character and opposed to the interests of the profession for a physician to hold a patent for any surgical instrument or medicine, or to prescribe a secret nostrum, whether the invention or discovery is exclusive property of himself or others.*"

Die Frage, ob ein Arzt berechtigt sein soll, einen von ihm erfundenen Apparat zu patentiren oder nicht, obgleich sie nach unserer Ansicht

ebenfalls eine offene, diskutirbare ist, gehört hier nicht her. Dass aber der letztere Passus den Gebrauch von Geheimmitteln (*secret nostrums*) betreffend, gegenwärtig so aufgefasst wird, als ob überhaupt der Gebrauch von patentirten Droguen durch ihn verboten werde, hat sich erst ganz kürzlich wieder gezeigt.

In einem hiesigen ärztlichen Vereine wollte ein Mitglied über "ein neues chemisches Präparat" einen Vortrag halten. Dagegen wurde von Seiten verschiedener Mitglieder protestirt. Der Vorsitzende erklärte jedoch, dass der Gegenstand des Vortrages ganz und gar in Ordnung sei. Von dieser Entscheidung des Vorsitzenden wurde die Appellation an die Versammlung beantragt, unterstützt und angenommen und dem *would-be*-Vortragenden das Wort entzogen. Als Grund dafür wurde angegeben, dass das betreffende Präparat in Deutschland und England durch Patente geschützt ist, und dass der Fabrikant desselben die Verhandlungen des Vereins als eine Anerkennung zur Reklame benutzen möchte!

Es ist klar, dass dieser Standtpunkt ein völlig unhaltbarer ist. Seine Durchführung würde eine an Grausamkeit grenzende Inhumanität begründen. Glücklicherweise ist von einer konsequenten Durchführung dieses Paragraphen keine Rede. Man kann sicher sein, dass gerade die Herren, welche denselben in jener Sitzung aufrecht erhalten zu müssen glaubten, gerade so gut ihren Patienten Antipyrin, Salicyl, etc., verschreiben, wenn's nöthig ist, wie wir anderenen armen Sterblichen auch. Und sie verdienten auch wirklich den härtesten Tadel, wenn sie es nicht thäten.

Der gegenwärtig in allen civilisirten Ländern eingeführte Grossbetrieb hat es naturgemäss mit sich gebracht, dass einzelne grössere Etablissements sich der Dienste tüchtiger Chemiker bedienen, denen alle möglichen Facilitäten zum Experimentiren in der Zerlegung oder Zusammensetzung chemischer Körper geboten werden können. Dass die betreffenden Forscher oder deren Chefs sich desselben Vortheiles bedienen, welche jedem anderen Erfinder oder Fabrikanten zu Gebote stehen, ist ja ganz selbstverständlich. Sie verschaffen sich ein Patent auf die Herstellung des betreffenden medizinisch höchst wichtigen und nützlichen Körpers, d. h. sie geben die Methode der Gewinnung desselben und seine Zusammensetzung ganz genau an und erhalten dafür als "Erfinderlohn" das Recht, auf eine Reihe von Jahren hinaus allein die Herstellung desselben zum Verkaufe betreiben zu dürfen. Ist es nun vielleicht dasselbe, solche Mittel (sagen wir Antipyrin) zu verschreiben, als wie etwa den Gebrauch von Pond's Extrakt oder von Hamburger Tropfen anzurathen? Die Frage beantwortet sich von selbst. Der Unterschied zwischen beiden Verordnungen ist ein so kolossaler, dass man sich nur wundern muss, wie in dieser Frage überhaupt noch eine solche Unklarheit herrschen kann, wie dies thatsächlich der Fall ist.

Exchanges.

Die Liste derjenigen medizinischen Journale, welche mit der New Yorker Medizinischen Presse im Austausche stehen, ist eine sehr reichhaltige. Trotzdem erhält dieselbe fast jeden Monat frischen Zuwachs.

So können wir diesmal drei nennen, deren eines die *Münchener Medizinische Wochenschrift*, die alte Welt repräsentirt, während die beiden anderen: *Denver Medical Times* (Colorado) und *Northwestern Lancet* (St. Paul, Minnesota) den fernen und fernsten Westen vertreten. Das letztgenannte Journal ist namentlich dadurch höchlichst amüsant, dass es einen mit Gallicismus stark versetzten Nativismus zur Schau trägt. Die leidige Congress-Affaire veranlasst die *Northwestern Lancet* nämlich einen Ausfall des *Kansas City Medical Index* gegen den *N. Y. Medical Record* beifällig abzudrucken. Derselbe schliesst folgendermassen:

„Wenn die westlichen (medizinischen) Journale nur in Bonn oder Würzburg*) oder einem anderen deutschen Dörfchen herauskämen, dann würden sie auf das Genaueste und mit Hochachtung (vom *N. Y. Med. Record*) citirt werden.

„Das ist ein treffender Ausfall gegen die lächerliche Art und Weise, mit welcher in New York alles Deutsche nachgeahmt wird und auf die Ehrerbietung, ja die Ehrfurcht, mit welcher deutsche Meinungsäusserungen entgegengenommen werden. Die Deutschen sehen das Absurde dieses Verfahrens selbst ein und lachen uns desshalb aus etc."

Soweit die *Northwestern Lancet*. Als consequentes Pendant dazu findet man beim Durchblättern derselben Nummer nur zwei Referate, welche (indirekt) deutschen Quellen entstammen. Ausser amerikanischen, finden sich sonst nur englische und französische Autoren angeführt. Auch fehlt es nicht an einer Lobeshymne auf Pasteur, zum grössten Theile aus dem *Progrès mèdical* übersetzt.

Ganz anders die *Denver Medical Times!* Dieselbe ist offenbar das Organ der *Arapahoe County Medical Society*, einer erst vor zwei Jahren gegründeten Gesellschaft, deren ausgesprochener Zweck es ist, Debatten über ethische und politisch-medizinische Streitfragen zu vermeiden und nur die Wissenschaft zu pflegen. Die *Denver Medical Society*, die schon seit einer Reihe von Jahren besteht, hatte bis vor Kurzem gerade das Umgekehrte gethan. Nach dem Sitzungsberichte zu urtheilen, sind es meist jüngere strebsame Aerzte, die das *Gros* der *Arapahoe County Medical Society* bilden; die Vorträge und Debatten sind praktischer Natur und es ist wirklich nur einmal seit ihrem Bestehen vorgekommen, dass eine nicht-wissenschaftliche (ethische) Frage Gegenstand der Diskussion war.

Der Sekretär der Gesellschaft — Dr. P. D. Rothwell — scheint ein Deutsch-Amerikaner zu sein.

Unter diesen jungen Schwestern eines jungen Landes nimmt sich die *Münchener Medizinische Wochenschrift* wie eine würdige Matrone

*) Im Originale: Wurtsburg.

aus; denn während jene jungen Springinsfelde noch keine fünf Jahre existiren, steht diese bereits in ihrem 33. Lebensjahre. Allerdings begann sie ihren Lebenslauf als *Aerztliches Intelligenz-Blatt*, doch ist sie schon längst umgetauft und darf sich in ihrem neuen Gewande getrost ihren Berliner und Wiener Schwestern zur Seite stellen.

Auch unsere Stiefbrüder, die Herren Homöopathen, senden uns fleissig ihre Fachorgane ein ; doch davon vielleicht ein ander Mal.

Der Vortrag, welchen Dr. L. Conrad in der letzten Sitzung der *Med. Chir. Gesellsch. d. A. v. N. Y. und U.* hielt, behandelt ein hochinteressantes Thema in klarer und fesselnder Weise. Das Herz-Lungengeräusch wird in den medizinischen Lehr- und Handbüchern wenn überhaupt, meist sehr ungenügend behandelt, während es beim Auskultiren von höchster Bedeutung sein kann. Selbst in einem Werke, wie die von Eulenburg herausgegebene *Realencyclopädie der medizinischen Wissenschaften* werden die Herz-Lungengeräusche in dem Artikel „*Auskultation*" von Dr. P. Guttman*) mit folgenden Sätzen abgethan :

„Geräusche, die man bei verdichtetem, schrumpfendem Lungengewebe zuweilen in der Pulmonarterie und A. Subclavia beobachtet und die meistens systolisch sind. Offenbar entstehen diese Geräusche dadurch, dass die betr. Arterien durch das geschrumpfte Gewebe comprimirt werden, also dem Blutstrome ein Hinderniss erzeugt ist. Auch in den Verzweigungen der Pulmonalis können unter Umständen solche Geräusche entstehen, namentlich wenn Verengerungen mit Dilatation des Arterien-Lumen's wechseln. Endlich können auch in grossen Lungenhohlen, welche dem Herzen benachbart sind, dadurch kurze Geräusche hervorgerufen werden, dass bei den Bewegungen des Herzens die Luftsäule in der Höhle comprimirt wird und hierbei etwas Luft aus dem Bronchus derselben entweicht. Man nennt die hiergenannten Geräusche: *Herz-Lungengeräusche.*

Wie man sieht, behandelt G. hier nur eine besondere Form des durch die Herzthätigkeit modifizirten Athmungsgeräusches, welches den von C. geschilderten saccadirten Charakter zeigt. Dasselbe ist jedoch von dem wahren Herz-Lungengeräusche schon dadurch verschieden, dass es mehr bronchial, als vesiculär ist.

Dieser Unterschied wird durch den von C. vorgeschlagenen Namen: Normales vesiculäres Herz-Athmungsgeräusch sehr treffend präcisirt.

Der in No. 6 des ersten Bandes der New Yorker Medizinischen Presse beschriebene Fall von Hydrophobie von Dr. Paul H. Kretzschmar ist in einer ganzen Anzahl hiesiger Fachjournale abgedruckt worden. Wir nennen nur:

*) I. Bd. S. 676.

Mississippi Valley Medical Monthly.
Southern Clinic.
Virginia Medical Monthly.
North Carolina Medical Monthly.

In unserer nächsten Nummer werden wir die Uebersetzung eines Kapitels aus dem 5. Bande von „Pepper's *System of Medicine*" *by American Authors*, welcher demnächst erscheinen wird, veröffentlichen.

Dr. Spitzka behandelt in demselben die Therapie der Spinal-Sklerose in umfassender und gediegener Weise.

Wir sagen dem geehrten Herrn Verfasser hiermit unseren besten Dank für die freundliche Uebersendung der Aushängebogen.

Protokolle der „Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte" von New York.

Sitzung vom 23. Mai 1884.

Vorsitzender: Dr. Schottky.
Sekretär: Dr. A. Schapringer.

Fall von Lupus Erythematosus.

Dr. Klotz stellt einen 21jährigen Mann vor, der seit dem achten Lebensjahre an einem Ausschlage des Gesichtes leidet, welcher von der Oberlippe ausgehend, sich allmälig bis zur jetzigen Ausdehnung verbreitet hat. Patient kam vor einigen Monaten nach Amerika und wurde seit 3 Wochen im *Deutschen Dispensary* behandelt. Der Ausschlag nimmt (an der Peripherie überall scharf begrenzt) die Oberlippe, Nase und den grössten Theil beider Wangen ein, nach unten zu um die Mundwinkel herum bis gegen das Kinn, nach oben bis nahe an die Lider sich erstreckend und nur am rechten Nasenflügel eine etwa Dime- (10 Cent Stück) grosse normale Hautpartie einschliessend. Der grössere Theil der erkrankten Fläche besteht aus derbem, glattem, mit zahlreichen Gefässen durchzogenem und dadurch tiefroth gefärbtem Narbengewebe, auf Fingerdruck ziemlich weiss erscheinend. Auf der linken Wange befinden sich einige kleinere, mit dünner gelbbrauner Kruste bedeckte, der Epidermis beraubte Stellen. Sonst ist die Oberfläche überall glatt oder mit papierdünnen weisslichen Schuppen bedeckt. Die Ränder springen scharfbegrenzt über das Niveau der gesunden Haut hervor und sind grösstentheils mit fest anhaftenden Krusten etwas consistenter Art bedeckt, die in Folge der Behandlung theilweise verschwunden sind. Die Schleimhäute, namentlich der Lippe sind nirgends in Mitleidenschaft gezogen. Vergrösserte Lymphdrüsen oder Spuren der Vereiterung derselben sind nirgends vorhanden. Allgemein-Befinden sehr gut. Eltern und Geschwister völlig gesund.

Patient ist verschiedentlich innerlich und äusserlich, sowie mit chirurgischen Eingriffen, wie dem scharfen Löffel, immer nur mit temporärem Erfolg behandelt worden. Der Fall ist von Interesse

1. Wegen der Form des Auschlages, die in dieser Vollkommenheit doch nicht gerade häufig vorkommt. Es handelt sich um die gewöhnlich mit einem Schmetterling mit ausgebreiteten Flügeln verglichene Figur, die als charakteristisch für *Lupus erythematosus* in

den Lehrbüchern beschrieben, bez. abgebildet wird, die Nase dem Körper, die afficirten Partien der Wangen den Flügeln entsprechend.

2. Wegen der Diagnose, indem er eine strenge Unterscheidung von *Lupus erythematosus* und *Lupus vulgaris* (oder nach Auspitz „*tuberculosus*") nicht ohne weiteres gestattet. Vergleicht man in den verschiedenen Lehrbüchern Beschreibungen von *Lupus erythematosus* und von gewissen Formen des gewöhnlichen Lupus, so wird sich zuweilen die Beschreibung der einen nähern mit der der anderen Form decken. Wenn man mit Auspitz und anderen den *Lupus erythematosus* als einen oberflächlichen Lupus betrachtet (schon von Rayer als Lupus "*qui déstruit en surface*" bezeichnet), so ist dies auch an und für sich nicht zu verwundern. Dr. Klotz ist geneigt, den Fall als *Lupus erythematosus* anzusehen, gesteht aber, dass er sich in vielen Punkten ebenso dem *Lupus vulgaris* anreiht. Jedenfalls dürfte es beweisen, wie nahe sich die beiden Lupusformen berühren können und dass es gewiss nicht richtig ist, dieselben so weit von einander zu trennen, wie es in Ziemssen's Sammelwerk geschehen ist, wo der *Lupus erythematosus* von Veiel, allerdings nicht ohne milden Protest und mit grosser Zurückhaltung unter den chronischen Entzündungen abgehandelt ist. Das Alter des Patienten bei Beginn der Krankheit ist für die Diagnose nicht zu verwerthen, da einige Autoren das Vorkommen desselben im jugendlichen Alter als das häufigere bezeichneten, während andere, wie Duhring, gerade das seltene Auftreten bei jugendlichen Individuen hervorheben.

3. Wegen der Therapie. Dr. Klotz hat eine kürzlich in den "*Monatsheften für praktische Dermatologie*" von D'Outrelepont vorgeschlagene Behandlung angewandt, nämlich Localbehandlung mit einer 1proz. Sublimatlösung. Als Vehikel wurde die bei Erysipelas vielfach mit Erfolg angewandte Tinctura Benzoës comp. benutzt, nach einer kürzlich von R. W. Taylor im "*Journal of Cutaneous Diseases*" (Febr. 1884) mitgetheilten Empfehlung, die sich bisher gut bewährte. Innerlich wurde dabei *Solutio Fowleri* gegeben.

Dr. Heitzmann schliesst sich der Meinung Klotz's an, dass im vorgestellten Fall eine Entscheidung zwischen den beiden Lupusarten schwer zu treffen sei und bemerkt, dass die für *Lupus eryth.* charakteristische Erkrankung der Talgdrüsen fehle. Hebra habe *Lupus eryth.* nur äusserlich, mittelst *Empl. mercur.*, Baerensprung dagegen ausschliesslich mittelst innerlich gereichter Mittel, wie Leberthran und ähnlichen behandelt.

Verschiedene Praeparate.

Dr. Von Gieson demonstrirt mehrere Präparate:

1. Das Herz, die Nieren und den, einen etwa 3 Monate alten Fötus enthaltenden, Uterus einer 35jährigen Frau. Dieselbe war bis vor eine Woche vor ihrem Tode gesund gewesen. Damals nahm sie grosse Dosen einer Mischung von Aloë und Gin mit der Absicht der Fruchtabtreibung ein. Es folgten starke Leibschmerzen und Abführen und ein geringer Abgang von Blut aus der Scheide. Sie schickte nun nach ihrem Arzt, dem sie eingestand was sie gethan. Bei der Untersuchung zeigte sich der Muttermund nur um ein Geringes erweitert, die Blutung war geringer als bei der Menstruation. Es wurden kleine Gaben Ergot verschrieben und für die Nacht etwas Brom ammonium. Den folgenden Tag war ihr Befinden ein zufriedenstellendes. Sie hatte keine Schmerzen und die Blutung war fast Null. Den nächsten Tag kam sie

zum Frühstück herunter, ass jedoch nur wenig, klagte bald über Uebelkeit und ging wieder in ihr Zimmer. Zwei Stunden später wurde sie dort todt auf dem Boden liegend gefunden. Section, 8 Stunden darauf ergab: Dünndarm, hyperaemisch. Leber, Milz und Nieren normal. Der Uterus enthielt einen etwa 3 Monate alten Fötus und eine geringe Menge geronnenen Bluts. Herz klein, seine Höhlen leer, Klappen normal, Lungen ebenfalls. Gehirn blutarm, keine *Puncta vasculosa* vorhanden. Im Todtenschein wurde demgemäss „Herzlähmung in Folge hochgradiger Blutarmuth" als Todesursache angegeben.

2. Weiteres demonstrirte Dr. Von Gieson die Trachea und den Larynx eines Arbeiters, dem beim hastigen Essen ein Stück Fleisch in den Larynx gelangte und der daran erstickte. Das ziemlich grosse Stück Fleisch stak fest im Larynx und füllte die Höhle desselben vollständig aus.

3. Die Lungen und das Herz eines 3jährigen Kindes. Es konnte nicht festgestellt werden, ob es von den Rädern eines Eiswagens überfahren oder zwischen denselben und dem Trottoir zerquetscht wurde. Der Tod trat wenige Augenblicke nach dem Unglücksfall ein. In der rechten Pleurahöhle fand sich eine geringe Menge geronnenen Bluts, welches von einer Fractur des Haupt-Bronchus derselben Seite gerade oberhalb seiner ersten Verzweigung herrührte. Von den Rippen war keine gebrochen.

Dr. Mundé demonstrirt:

1. Eine doppelte Eierscyste,
2. Ein sieben Pfund wiegendes Uterusmyom, und
3. Ein Myom des unteren Theils eines Uterus, welch' letzteres Mundé einige Stunden nach spontan erfolgtem Abortus durch Operation entfernte.

Elektrisches.

Dr. Rudisch zeigte eine sehr billig herzustellenden galvanische Batterie nach *Daniell'*schem Princip. Dieselbe enthält 48 Zellen, hergestellt von sechszölligen Probirgläschen. Der Batterie ist ein Rheostat beigegeben. Rudisch bespricht dann die gewöhnlich käuflichen Galvanometer, speciell die französischen, welche hierzulande wegen des Unterschiedes der magnetischen Intensität unbrauchbar sein sollen.

Die warmen Baeder in Bath Co., Virginien.

Dr. Klotz macht einige kurze Mittheilunge, über die Thermalquellen von *Bath Co., Va.*, die er im letzten Herbst besuchte. Er glaubt, dass die im Ganzen wenig zuverlässigen Angaben über derartige Plätze ein gewisses, nicht immer ungerechtfertigtes Misstrauen gegen unsere einheimischen Bäder erzeugt haben, glaubt aber um so mehr auf diese werthvollen Quellen aufmerksam machen zu dürfen, als die Zahl der Thermen diesseits der *Alleghanies* jedenfalls sehr gering ist. Die Bäder: *Warm, Hot und Heating Springs* liegen in *Bath Co., Va.*, etwa 15 Meilen von der Grenze von West-Virginien und der Hauptkette der Alleghanies entfernt in einem mit seiner Sohle circa 1400′ über dem Meere gelegenen Thale. Dasselbe zeigte eine eigenthümliche Formation. Zwischen und von Nordost nach Südwest verlaufenden Bergketten gelegen, ist es nach Osten durch die 35 Meilen lange, nirgends durchbrochene Wand der Warmspring Mountains abgeschlossen, während die westliche Kette, welche dasselbe von dem breiten Thal des Jackson River trennt, mehrfach durch kleinere Einschnitte durchbrochen ist, durch

welche das *Warm Spring*-Thal seine Wasserläufe entsenden kann, so dass eine vorzügliche natürliche Drainage hergestellt ist; auch begünstigt diese Bildung bessere Ventilation. Da Dr. Klotz im October dort war, kann er über das Klima nicht viel sagen; er fand ausserordentlich angenehme, 78° F. nicht übersteigende Temperatur, das den ganzen Tag Aufenthalt im freien Wetter gestattet. Die reine Luft etwas weich und in der Umgebung reiche Vegetation von Laubholz.

Die Quellen dieses Thals haben Temperaturen von 78°—110° F. (20° bis 34° R.). Die Mineralbestandtheile, soweit dieselben untersucht, bestehen meist aus kohlensaurem und schwefelsaurem Kalk und Magnesiasalzen, die wohl bei der Anwendung von Bädern wenig in Betracht kommen. Wichtiger wäre wohl der Gehalt an Gasen, besonders Schwefelwasserstoff, der in einigen der Quellen in ziemlicher Menge vorhanden ist; jedoch fehlen darüber genauere Bestimmungen. Die Bäder sind demnach zunächst als indifferente Thermalwässer zu betrachten, und kommen unter alle Indicationen, welche für diese Art Bäder passen.

Warm Spring, das nördlichste der 3, hat Quellen von 102° F. (31° R.), und zwar in Form von Bassins von 130′ Durchmesser, je eins für Damen und eins für Herren. Dieselben zeigen eine ziemlich lebhafte Bewegung des Wassers theils durch Gase, theils durch die aus dem Boden aufsteigenden Quellen; ausserdem besitzt es eine zum Trinken benutzte lauwarme Schwefelquelle.

Hot Springs, 5 Meilen südlich, hat eine grosse Anzahl Quellen von 78° bis 110° F. (20°—34° R.), bietet aber einen weiten Spielraum betreffs der Therapie. Die Einrichtungen sind primitiv geworden, jedoch nicht so, dass sie nicht mit grossem Vortheil benutzt werden könnten. Die heissesten, sogenannten

Boiler Baths mit 110° F. sind in direkt über den aus der Erde aufströmenden Quellen angebrachten Zellen mit Vorrichtung für Invalide, und besitzen eine Temperatur von 106° bis 110° F.

Die *Spout Baths* sind Bäder von 102°, in denen ein 1″ dicker Wasserstrahl von 106° F. aus der Höhe von 5—6′ auf eine beliebige Körperstelle dirigirt werden kann, wobei die mechanische Fallwirkung mit zur Wirkung kommt, die bei lokalen, beschränkten Exsudaten wohl von Wirksamkeit sein dürfte. Die in den Prospecten vielberühmten *Mud*- (Schlamm-) Bäder sind mehr illusorisch, die Einrichtungen sind dürftig, der „*mud*“ selbst, der zur Verwendung kommen würde, ist einfach der ohnehin nicht sehr reiche Boden der Nachbarschaft, so dass das beabsichtigte Eingehen desselben nicht als Verlust anzusehen ist.

Ausserdem bestehen Bassins einer Schwefelquelle von 102° mit speciellen Einrichtungen für Frauenkrankheiten und ein Schwimmbad von 100° in einem circa 25′ breiten Gebäude. Daneben sind noch mehrere kleine Bassinbäder von 86° bis 78°, als „*Ladies' and Gentlemen's Pleasure Baths*“ bezeichnet. Daneben existiren zum Trinken eine Eisenquelle, eine Alaunquelle, eine schwache Magnesiaquelle und vorzügliches Trinkwasser.

Healing Springs, 3½ Meilen südlich, hat nur warme Quellen von 84°, aber einige sehr gute, Schlangenbad sehr nahe stehende Eisenquellen und besonders reizende Umgebung.

Die Bedeutung dieser Quellen leuchtet am besten ein, wenn man die Temperatur derselben mit der, der bekanntesten europäischen Thermen vergleicht. Die höchsten Temperaturen von *Hot Springs* (106°—110°), 33°—34° R.), werden nur von Plombières (16°—52° R.), Leuk (31°—

40,5° R.), übertroffen, sowie von einigen Schwefelthermen, wie Bareges (bis 36°), Aix-les-Bains in Savoyen (bis 36° R.), Baden in der Schweiz (38°—40°), Mehadia (44° R.) Am nächsten stehen Teplitz (28—34° R.), Wiesbaden (27°—33° R.), Warmbrunn (32,5° R.), Gastein (bis 32° R.), Pfeffers-Ragatz (bis 29° R.), Wildbad (28°), Schlangenbad (24°—26°), Badenweiler (24°—26°). Unter diesen Umständen verdienen diese Quellen gewiss mehr Beachtung, zu bedauern ist nur, dass bei engherziger Bewirthschaftung dieser Quellen, die nur den Bewohnern je eines Hotels die Benützung gestatten, und daher die Zahl der Besuchenden eine beschränkte bleibt, während die Vortrefflichkeit der Quellen bei genügenden Einrichtungen Tausende anziehen sollte. Die Entfernung von der Eisenbahn ist allerdings noch ziemlich beträchtlich, indem die nächsten Stationen 18 bis 20 Meilen entfernt sind. Jedoch sind die Fahrgelegenheiten gut und die Strassen in bestem Zustande, ausserdem landschaftlich höchst romantisch und schön. Die Stationen selbst sind von New York aus in etwa 12—14 Stunden zu erreichen.

Vom 15. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.*)

Abgehalten in Berlin vom 7. bis zum 10. April 1886.

Zur Hasenschartenfrage.

Herr Biondi (Berlin) erörtert in ausführlicher Weise die Geschichte derselben von Goethe bis Albrecht und Koellicker. Während A. die Anschauung G.'s bekämpfte und behauptete, dass der äussere Stirnfortsatz ebenfalls an der Bildung des Zwischenkiefer's theilnehme, hat K. von Neuem festgestellt, dass nur vier und nicht, wie A. behauptet, sechs Theile betheiligt sind und dass die von G. aufgestellte Theorie demnach richtig ist.

Redner hat durch Untersuchungen an menschlichen und thierischen Missbildungen, an menschlichen und thierischen Schädeln, sowie an Embryonen festgestellt, dass die Oberlippe zwar nur aus vier (nicht sechs) Theilen besteht; dass aber die Oberkieferwand jeder Seite von drei, also im Ganzen der die Oberlippe tragende Theil des Oberkiefers von sechs Verknöcherungspunkten gebildet wird. Albrecht hat also Recht, indem es zwei Zwischenkiefer auf jeder Seite giebt, deren einer (gnathogener) vom Oberkieferfortsatz, der andere (metopogener) vom inneren Stirnfortsatz gebildet wird.

Ein von Herrn Morian (Berlin) vorgezeigter seltener Fall von Hasenscharte an einem Kinderschädel, giebt Anlass zu einer längeren Diskussion, an der sich die Herren Albrecht (Hamburg), Trendelenburg, Stoehr (Würzburg) und Biondi betheiligen.

An dem Schädel theilt die Spalte den Oberkiefer in drei Theile und zieht sich nicht, wie sonst nach der *Apertura pyriformis*, sondern von aussen nach der geschlossenen Nasenhöhle gegen die Orbitae, und zwar nach links breit bis an die Orbita, nach rechts schmal bis zu 2 Cm. nach derselben hin. Das Mittelstück entspricht dem Burzel einer komplizirten Hasenscharte, trägt aber eine knöcherne Umrandung der *Apertura pyriformis*. Auf der linken Seite ist die Spalte fünfmal breiter als auf der rechten. Die Seitentheile tragen auf jeder Seite vier Zähne und zwar zuerst je drei Zähne und vor der Spalte je einen Schneidezahn. Das Mittelstück hat ebenfalls vier Zähne und zwar entfällt

*) S. No. 6 des I. Bandes S. 281—286.

ein Zahn auf die linke Hälfte, während drei grosse Schneidezähne dachziegelförmig übereinandergreifen. Es liegt also zum erstenmal hier ein Fall vor, dass sich vier Schneidezähne auf einer Hälfte des Oberkiefers befinden.

Ueber Steinschnittoperationen.

Herr Koenig (Göttingen) giebt eine Uebersicht seiner Cystotomien nach einem kurzen Rückblicke auf die Wandelungen der chirurgischen Ansichten über den Werth der einzelnen Steinschnittmethoden. Er ist der Ansicht, dass dem hohen Schnitte immerhin, man möge die Methode gestalten wie man wolle, ein gewisses Mass von Gefahr (Infektion und Entzündung) anhafte, während der Medianschnitt eine Operation von gar keiner Lebensgefahr ist.

Von den 50 *Boutonnièren*, welche K. seit 10 Jahren nicht wegen Blasensteinen ausgeführt hat, waren 40 wegen Strikturen gemacht worden; alle genasen in 15—18 Tagen ohne Fistel oder Phlegmone. Von den 10 anderen, wegen Anuria, *Fausse route*, &c., Operirten starben 3, jedoch nicht an den Folgen der Operation, sondern in Folge vorher bestandener Zustände.

Wegen Blasensteines hat K. 38 Operationen vorgenommen, 22 mediane (7 Todesfälle), 5 hohe Schnitte (4 Todesfälle) und 11 Zertrümmerungen (keinen Todesfall.) Da meist schwere Fälle und alte decrepite Männer zur Operation kamen, so ist die Statistik eine ungünstige. Zwei der hoch Operirten starben an Beckenphlegmone, in welcher K. eine Hauptgefahr dieser Operation sieht.

Der tiefe Schnitt solle für nicht zu harte Steine bis zu 80 g. Gewicht und kleinere Fremdkörper, der hohe für grössere Steine und Fremdkörper gemacht werden oder doch als die leistungsfähigere Voroperation bei schweren Fällen betrachtet werden.

Die Lithotripsie bleibt eine Operation der mit ihrer Technik vertrauten Specialisten.

Diskussion:

Herr Roser, sr., (Marburg) glaubt, dass die Fistelbildung nur der ammoniakalischen Harngährung zuzuschreiben sei.

Herr Ebermann (St. Petersburg) giebt seine Resultate und die anderer russischer Chirurgen und erklärt sich zum Schlusse für den Medianschnitt. Nur bei sehr grossen Steinen solle die *Sectio alta* und bei kleinen Steinen die Lithotripsie angewendet werden. Die *Sectio lateralis* könne aus der Chirurgie gestrichen werden.

Herr von Bergmann will bei kleinen Steinen die *Boutonnière* und bei weichen die Lithotripsie angewendet sehen. Die *Sectio alta* hat den grossen Vortheil, dass die Blase vollständig und in viel kürzerer Zeit als mit Hülfe der Litholapaxie Bigelow's entleert werden könne; das sei ein sehr grosser Vortheil! (Die Blutungsgefahr sei ebenfalls geringer.) Bei Litholapaxie, wie bei Perinealschnitt seien Steinreste zurückgeblieben, eine grosse Gefahr. Er habe bei bestehender Pyelitis seit 3 Jahren 19 mal die *Sectio alta* gemacht, die ihm dabei viel besser dünke. Durch die Blasennaht (nach Art der Lambert'schen Darmnaht) lässt sich die Beckenphlegmone verhüten. Ein Drittel seiner Fälle heilte *per primam*, von den anderen hatte nur ein Fall eine Beckenphlegmone, welcher genas. An Magenblutung (*Ulcus ventriculi*) starb ein Patient, also an der Operation keiner. Die Wunde wird nach vollführter Blasennaht mit Iodoformgaze ausgestopft und nach zwei Tagen

erst nur der obere und später dann der untere Theil der Wunde geschlossen.

Die Bestrebungen, der hohen Operation ihre Gefahren zu nehmen, haben eine Zukunft.

Herr Trendelenburg hat drei Fälle von *Sectio alta* mit nachfolgender Drainage ausgeführt. Die von Braune empfohlene Anfüllung des Rectum verwirft er. Das Peritoneum werde nicht verletzt.

Herr von Volkmann betont die Wichtigkeit des Umstandes, dass die Prostata intakt bleibe. Er verlor von 100 Medianschnitten zwei, (Blutung 1 und Sepsis 1).

Herr Schade (Hamburg) vernäht beim Medianschnitt nach Durchschneidung der Urethra dieselbe lippenförmig mit der Haut und legt nach der Operation ein dickes Drainrohr ein. Von 26 Fällen verlor er einen alten Prostatiker. Kontinenz trat stets ein.

Herr Fuerstenheim plaidirt für die Lithotripsie, doch müsse sie kunstgerecht ausgeführt werden, was durchaus nicht so viel Zeit und besonderes Talent erfordere.

Herr Schoenborn (Königsberg) berichtet seine Erfahrungen mit der Litholapaxie, welche dahin gehen, dass er nicht nur durch Evakuation 10—12 Tage nach der Operation stets alle Trümmer entfernt hat, sondern er hat in zwei Fällen durch wiederholte Ausspülungen kleiner Steine mit dem Evakuationsapparate, die nach Monaten von den Nieren herabgestiegen waren, eine erfolgreiche Prophylaxe ausgeübt und die Patienten vor einem Rezidive, resp. erneuter Operation bewahrt.

Herr Sonnenburg (Berlin) berichtet zwei Fälle von Fistelbildung nach *Sectio alta*, welche er der zu innigen Verwachsung der Blase mit der Abdominalwandung zuschreibt. Der eine Fall (50 J.) starb später an Pyelitis, etc.; des anderen Fistel heilt zu und bricht wieder auf. Wahrscheinlich wird die ganze Narbe excidirt werden müssen.

Ein Fall (49 J.) zeigte eine feste Verwachsung des Bauchfelles mit der Symphyse ; das Peritoneum wurde zwar angeschnitten doch genas der Patient. Die Ausfüllung des Rektum liess hier im Stiche.

Herr Israel (Berlin) fand zufällig an einer Leiche dieselbe Abnormität ohne nachweisbare entzündliche Ursache. Eine vor fünf Jahren bei einem 65jährigen Manne durch *Sectio alta* erzeugte Fistel heilte nach Radikaloperation : Querschnitt über der Symphyse und Exstirpation des ganzen derben beinahe faustdicken Gewebes im prävesikalen Raume. Heilung. Ebermann's Vorschlag, die Blasenwand mit der Bauchwand zu vernähen hat I. mit Erfolg angewandt.

(Fortsetzung folgt.)

Kleinere Mittheilungen.

Holyoke, Mass., 9. Juli 1886.

Geehrter Herr Redakteur!

Erwarten Sie keinen gelehrten Bericht oder Aufsatz von einem Abonnenten der „N. Y. M. P.“, der bei 95° im Schatten, im Lande der Yankees κατ ἐξοχην sein Brod im Schweisse seines Angesichtes sich verdient ; eher noch könnte ich Ihnen einen Bericht schreiben über die Leiden und Freuden eines deutschen Arztes am *Connecticut River*. Doch auch damit will ich sie verschonen, indem ich nur beabsichtige, mit diesen Zeilen Rathes bei Ihnen zu erholen, resp. Ihre Ansicht zu erbitten in einer Standesangelegenheit.

Nur selten kam ich bisher dazu, in medizinischen Schriften und Journalen zu blättern ; jedenfalls gelang es mir nie, mir ein klares Bild zu schaffen vom "*Old Code*" und vom "*New Code,*" wer zum alten gehört und wer zum neuen sich bekennt.

Von Minnesota zurückgekehrt, woselbst ich in den Jahren 1883—85 praktizirte, und seit September hier ansässig, habe ich erst angefangen, mich mit unseren eigenen Standes-Interessen zu beschäftigen, ohne zu ahnen, dass ich mich hier bald in der Lage befinden würde, sofort zu entscheiden, zu welchem *Code* ich mich bekenne.

Der Fall ist kurz dieser :

Vor einigen Tagen wurde ich Abends sechs Uhr zu einer Fraktur des Fussgelenkes gerufen ; ich untersuchte die Verletzte gründlich und traf die nöthigen Anordnungen : Eisumschläge etc. ; unterdessen hörte ich, dass ich nur aus Versehen gerufen sei und man den Homöopathen Smith gewünscht hatte. Der Bote verwechselte denselben mit dem Dentisten Smith, welcher seine *Office* neben der meinigen hat.

Sowie ich dies erfuhr, frug ich den Vater des verletzten Kindes, ob er wünsche, dass ich die Behandlung des Falles übernehme, was derselbe zwar bejahte, doch mit dem Bemerken, dass er eigentlich zu dem Homöopathen Dr. Smith gesandt habe, der seit 10 Jahren sein Hausarzt sei und derselbe vielleicht doch noch kommen werde. Darauf empfahl ich mich mit dem Versprechen, die Patientin Abends 9 Uhr wieder zu besuchen.

Um ½9 Uhr von einem Gange zurückgekehrt, fand sich auf meiner Tafel eine Einladung des homöopatischen Arztes, worin er mich ersuchte, zwischen 7 und 9 Uhr bei ihm vorzusprechen: *if convenient!* Ich fand dies nun nicht *convenient,* sondern begab mich zu meiner Patientin. Der Vater derselben — wie ich vorausschicken muss, — ist Cigarrenmacher und gehört zu den Socialisten, welche mir nicht gewogen sind. Ich hatte als Sachverständiger vor Gericht der Wahrheit gemäss ausgesagt, und dadurch war eine strikende Fabrikarbeiterin mit ihrer Klage gegen den nicht-strikenden *Overseer* abgewiesen worden, während man von mir erwartet hatte, dass ich die Sache schon richtig fixen würde.

Er erklärte, ich solle von morgen an die Behandlung gemeinsam mit Dr. Smith übernehmen, was ich sofort ablehnte, da ja vorauszusehen war, dass wir beide schon am ersten Tage bei Behandlung der inneren Störungen betreffs der anzuwendenden Mittel in unseren Verordnungen nicht übereinstimmen würden und so eine gleichzeitige Behandlung unmöglich sei. Er konnte oder wollte das nicht begreifen, bezahlte mich für meine Bemühungen, und ich liess die Sache damit fallen.

Aber nun möchte ich doch auch wissen, ob ich durch mein Verhalten mich zum neuen oder zum alten *Code* bekenne! Weder in Deutschland, noch in Minnesota hatte ich je mit Homöopathen etwas zu schaffen; aber seitdem ich gesehen, dass ein im *N. Y. Homœopathic Dispensary* (23. Str.) verabfolgtes Pulver (gegen akute Hepatitis) aus reinem Sacharum album bestand (von einem Apotheker noch speziell untersucht), seit dieser Zeit mag ich von der Homöopathie und ihren Vertretern nichts mehr wissen. Den Herrn Dr. Smith hier kenne ich gar nicht ; er mich wohl auch nicht ; ich weiss nur, dass er seit 10 Jahren Arzt des Turnvereins ist, dessen Mitglieder in Krankheitsfällen jedoch meist meine oder anderer allöopathischer Aerzte Hilfe in Anspruch nehmen.

Ich habe die Congress-Artikel in No. 1, 2, 3 der N. Y. Med. Presse genau studirt, bin aber auch durch sie zu keiner Klarheit gekommen; diese möchte ich mir nun von Ihnen erbitten. So sehe ich Ihren bez. Mittheilungen gerne entgegen.

Achtungsvoll,

Dr. G. F. Altenkirch.

Die beiden diesbezüglichen Paragraphen lauten:

(Old) Code of Ethics of the American Medical Association.

"*.....No such emergencies or circumstances can make it necessary or proper to enter into professional consultation with those who have voluntarily disconnected themselves from the regular medical profession in the manner indicated by the preceding resolution.*"

d. h. welche sich Homöopathen, Eklektiker, etc., nennen.

(New) Code of the Medical Society of the State of New York.

"*Members of the M. S. of the S. of N. Y. and of the medical societies in affiliation therewith, may meet in consultation legally qualified practitioners of medicine. Emergencies may occur in which all restrictions should, in the judgment of the practitioner, yield to the demands of humanity.*"

Diese Zusammenstellung wird es unserem geehrten Herrn Correspondenten ermöglichen, selbst zu urtheilen. Er hat im Sinne des älteren *Codex ethicus* gehandelt. Die Redaktion.

Die Evolutionstheorie in St. Louis. — Eine Definition.

St. Genevieve, Mo., 27. Juni 1886.

An die Redaktion der New Yorker Med. Presse.

Nicht ein einziges med. Journal hat mitgetheilt (meines Wissens), dass während der Sitzungen der *Amer. Med. Ass'n* in St. Louis ein Schriftstück aufgelegt war, mit der Aufforderung an die Aerzte, durch Namensunterschrift zu erklären, ob sie Anhänger der Evolutionstheorie seien. Alle ohne Ausnahme zeichneten, Gregory und Mudd unter den *Ersten.* Die ganze *Facultas Medicinalis* hat also der Wahrheit eine Gasse gebrochen und zugegeben, dass der vernünftige civilisirte Mensch von Halb-, Viertels-, Achtels-, Einsechszehnstels,- Einzweiunddreissigstels-Menschen, Simiaden u. s. w. abstamme. Sollte diese Notiz nicht wahr sein, was sehr zu bedauern wäre, so hätte sich doch unter den ersten der Zeichner befunden der Name ihres ergebensten

Dr. Fr. T. Bernays.

Apropos, Sie fragen, was eine alte Landpurganz sei; ich habe es, Ihnen und Anderen zu Nutz und Frommen, in Reime gebracht; hier ist es:

Eine alte Landpurganz,
Ist eine Haut voll Ignoranz,
Ist eines alten Kameeles Fell,
Gezogen über ein Doctorgestell.

Conc. Tinct. Avena Sativa.

Dieses von B. Keith & Co. aus Hafer dargestellte Präparat, welches in Dosen von 10 bis 20 Tropfen verabreicht wird, gilt als ein ausgezeichnetes Tonicum und Stimulans des Nervensystems. Es ist namentlich in Alcoholismus, Morphinismus und Choralismus

mit dem besten Erfolge gegeben worden. Ebenso in allen Zuständen, welche eine grosse Depression oder Irritabilität des Nervensystems mit sich bringen: e. g. Insomnia, Neurasthenia, Chorea, Epilepsie, Lähmungen, etc.

Das Elixir Dyspepsia Comp.

ist bei allen Verdauungsstörungen von grossem Werthe. In allen Fällen von Mangel on Tonus der Muscularis, von Irritation der Mucosa des Darmes, bei Flatulenz, Magensäure, etc., wirkt es theelöffelweise in Wasser nach jeder Mahlzeit gegeben auf das Vortheilhafteste.

Philadelphia, 22. Juni 1886.

Geehrter Herr College!

..... Wir werden Ihnen mit der Zeit einen ausführlichen Bericht zusenden; gegenwärtig sind wir alle noch ziemlich beschäftigt mit den vielen Einzelnheiten, die eben die Gründung eines solchen Vereines mit sich bringt, auch werden wir uns ohne Zweifel Ihres geschätzten Blattes bedienen zur Veröffentlichung unserer regelmässigen Berichte.

Mit collegialem Grusse,

Dr. Muehleck,
338 Wharton St.

Bücherschau.

Die Sterilität des Weibes, ihre Ursachen und ihre Behandlung. Von Dr. E. Heinrich Kisch a. ö. Professor etc. pp. 180. Wien und Leipzig: Urban & Schwarzenberg 1886.

Verfasser normirt die Zeit, nach der man eine Frau, welche geschlechtlichen Umgang geniesst, für steril erklären kann, auf drei Jahre nach seinen statistischen Daten, welche er über die Zeit erhoben hat, wann das erste Kind geboren wurde, und wobei er fand, dass von 556 fruchtbaren Ehen nur bei 26 nach dreijährigem Zusammenleben noch Nachkommenschaft erzielt wurde. Er betrachtet dann die Sterilität als veranlasst:

1. Durch Unfähigkeit zur Keimbildung.
2. Durch Verhinderung des Contacts von normalem Sperma und Ovulum.
3. Durch Unfähigkeit zur Bebrütung des Eies.

Im ersten Theile finden die absolute Unfähigkeit zur Keimbildung, hervorgerufen durch Defect, rudimentäre Entwickelung, angeborene oder vorzeitige, oder die phyiologische Atrophie und die relative vorübergehende, beruhend auf pathologischen Zuständen des Ovariums seiner Umgebung, oder auf Störungen der Innevation oder auf Constitutionsanomalien, gebührend Beachtung. Speciell weist Verfasser darauf hin, dass übermässige Fettbildung die Fruchtbarkeit beeinträchtigt, er fand 24 Proz. seiner beobachteten Fälle (Prof. K. ist Brunnenarzt in Marienbad) steril. Für sehr störend zur Empfängniss hält er eine abnorme Stellung Stellung des Cervix zur Vagina, so dass das Receptaculum seminis nach Breisky nicht zu Stande kommt, desshalb beschuldigt er Versionen mehr wie die, gewöhnlich nur durch die begleitende Parametritis schadenden Flexionen; der Sim'schen mechanischen Theorie der Sterilität gegenüber verhält sich Verf. abweisend. Grosses Gewicht wird darauf gelegt, ,,dass durch Wollusterregung beim Coitus auf reflectorischem Wege eine Absonderung von Seiten der im Cervix befindlichen Drüsen zu Stande kommt, welche geeignet ist, die Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen zu erhöhen, und ist vielleicht auch die Annahme gestattet, dass durch mangelhafte sexuelle Erregung des Weibes, durch Fehlen des Wollustgefühles während der Cohabitation es nicht zur Auslösung jener Reflexe kommt, die das Eindringen der Spermatozoen in den Uterus begünstigen.“ Auch stimmt Verfasser mit jenen überein, welche dem Uterus nicht nur allgemeines Herabsteigen in die Pelvis, sondern auch Kontractionen resp. Saugkraft während des Coitus nachsagen.

Nachdem die sämmtlichen Ursachen der Behinderung des Contacts aufgezählt sind, kommt K. auf die Ursachen der Sterilität zu sprechen, bei denen Contact stattfindet, aber das Sperma nicht befruchtungsfähig ist: ,,Azoospermie.“ Eigene

statistische Daten fehlen, doch scheint in ungefähr einem Drittel der Fälle von Sterilität der Gatte der schuldige Theil zu sein. Er weisst darauf hin, dass Atrophie des Hodens, ein sehr häufiger Grund für Azoospermie hie und da bei Erkrankung der centralen Nervenorgane, aus denen der Nervus spermaticus entspringt, vorkommt. Wenn möglich, sollte der Same des Mannes stets mikroskopisch untersucht werden.

Im dritten Theile wird die *Impotentia Gestandi* durchgenommen: Copulation von Sperma und Ovum sind nicht genügend, sondern es muss der Uterus das befruchtete Ei weiter entwickeln können. Atrophie der Uterusschleimhaut in Folge von Circulationsstörungen bei Herzleiden, Hyperplasie des Parenchyms, Metritis, gonorrhoische, exfoliative oder einfache Endometritis, häufig secundär noch Parametritis, Tumoren, Puerperien etc. verhindern dies; kurz nothwendig erscheint eine gewisse Integrität der den Uterus constituirenden Gewebe.

Hieran schliesst sich eine Statistik „Die weitaus häufigste Ursache der weiblichen Sterilität liegt in Exsudatresten nach Pelveoperitonitiden, welche die Peritonealüberzüge der Ovarien, der Tuben und des Uterus betrafen, und nach Parametritis, sowie in den hierdurch gesetzten Adhaesionen und Verlöthungen. In vier Fünftel seiner Fälle von acquirirter Sterilität waren Exsudat-Reste die Ursache.

Bei 250 Fällen, deren Ursachen statistisch angegeben, erscheinen auch acht Mal ungenügende Reflexation in den weiblichen Sexualorganen als Ursache; es sind aber die Männer nicht untersucht, und wenn Verfasser im ganzen nur 19 mal Gelegenheit gehabt hat (pag. 134) Azoospermie des Mannes nachzuweisen, so mögen Zweifler daran, dass die Frau sich activ bei der Conception betheiligen muss, auch wohl jene acht Fälle auf Azoospermie zurückführen.

Als letztes Capitel folgen die Mittel gegen Sterilität. Prophylaxis durch geeignetes Verhalten während der Pubertät durch nicht zu junge Heirathen etc., ist von grösserem Werthe als die Therapie, welche sich gegen die jeweiligen *Causa* zu richten hat.

Nach Durchlesung des letzten Theiles möchten wir den Titel beinahe umgeändert wünschen und zwar in: Handbuch der Frauenkrankheiten und ihrer Behandlung mit besonderer Rücksicht auf die Sterilität, denn es fehlt kaum eine Frauenkrankheit, welche nicht direkt oder indirekt erwähnt ist.

Störend wirken die häufigen Fehler bei Anführung englischer Literatur. Auf Seite 138 ist eine falsche Prozent-Berechnung 17 von 25 sind nicht 56 Proz.

Wer sich einen gründlichen Ueberblick über die Sterilität und ihre Ursachen etc. verschaffen will, dem sei vorliegendes Werk bestens empfohlen. v. R.

Die Antisepsis bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit einem Anhange über den Gebrauch von Quecksilberchlorid als Desinfectionsmittel in der Geburtshülfe von Dr. Camillo Fuerst, Dozent etc., Wien 1885. Toeplitz und Deutricke. pp. 64.

Obiges Werkchen ist ein ausgezeichnetes Resumé über den heutigen Stand der Antisepsis in der Geburtshülfe und eine sehr praktische Anleitung zu deren Gebrauche.

Quecksilber-Chlorid mit den nöthigen Cautelen (schwache Lösung oder Auswaschung mit schwächerer, nach dem Gebrauch mehr concentrirter) wird empfohlen.

Im Anhang sind die bis jetzt bekannten Intoxicationsfälle zusammengestellt.

Die Darstellung erfolgt in so gedrängter Kürze, dass näheres Eingehen auf den Inhalt den Abdruck des Werks zur Folge haben würde. v. R.

Erkenntniss und Behandlung der Frauenkrankheiten im Allgemeinen; Vier Vorträge, gehalten von Dr. Carl Conrad Theo. Litzmann, o. Prof. d. Gynaekologie. pp. 82. Berlin 1886. Verlag von Aug. Hirschwald.

Obiges sind die vier Abschieds-Vorlesungen bei dem Abschluss der akademischen Lehrthätigkeit des Verfassers. Die erste behandelt das Krankenexamen, welches er ausgedehnt und sich auf den ganzen Körper beziehend anräth. Die Zweite handelt von der Untersuchung. Ohne genügenden zwingenden Grund widerräth er die allzuhäufige Vaginal-Untersuchung und geisselt mit scharfen Worten den um sich greifenden Genitalien-Cultus. Grosse Schonung, resp. Chloroform verlangt er bei Jungfrauen. Antiseptische Cautelen sind selbstverständlich. Erweiterung des Cervical-Canals zur Abtastung der Uterus-Höhle und Curettement zu diagnostischen Zwecken sollen in der Privat-Praxis, wo die Hülfsmittel einer modernen Klinik nicht zu Gebote stehen, mit grösster Vorsicht gemacht werden. Gerade und schiefabgeschnittene Röhrenspecula und Sims'sche Rinnen werden angewendet zur Besichtigung.

Der dritte Abschnitt leitet die Behandlung ein mit Prophylaxis und geht dann auf die grossen Operationen über. Es würde zu weit führen die zahlreichen beherzigenswerthen Aphorismen anzuführen. Auffallend ist, dass sich Verf. über die Emmet'sche und Schroeder'sche Operation für Ectropion aus Mangel an Erfahrung kein Urtheil erlaubt. Anstatt blutiger Erweiterung des Cervix, gebraucht er mit gutem Erfolg Laminaria- und Tupelo-Stifte.

Die letzte Vorlesung betont, dass neben der rationellen örtlichen Behandlung die allgemeine niemals vernachlässigt werden darf und sollen die hänfigen örtlichen Behandlungen thunlichst vermieden werden und sind bei Jungfrauen zumal, wenn möglich, einmalige gründliche Eingriffe häufigen kleineren vorzuziehen. Gegen krampfhafte Wehen werden empfohlen

Rc. Tr. Castor. Canad.
Tr. Seminis Strychniae — aa
M. S. Viermal täglich 20 Tropfen.

Bei Dysmenorrhöe dasselbe Mittel etwa acht Tage vor der zu erwartenden Menstruation.

Anstatt Secale bei Menorrhagien, wenn dieselben auf Muskelschwäche des Uterus beruhen, empfiehlt er fünf Tage vor der Periode anzufangen und während derselben zu nehmen:

Rc. Infus. Summital. Sabinae recent. (15.00) 200.00
M. D. S. Dreimal täglich 1 Esslöffel.

Wegen der zahlreichen praktischen Rathschläge, welche den Praktiker abhalten sollen reinen Specialismus zu treiben, ohne auf den Gesammtorganismus Rücksicht zu nehmen, verweisen wir auf das Original. V. R.

F. Trautmann (Magdeburg); Anatomische, pathologische und klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille, sowie chirurgische Behandlung der Hyperplasie zur Verhütung von Erkrankungen des Gehörorgans; August Hirschwald, Berlin 1886.

Bei dem allgemeinen Interesse, welches in jüngster Zeit auch von Seiten der Nicht-Specialisten den adenoiden Vegetationen entgegengebracht wird, muss obiges Werk des auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde sehr verdienstvollen Forschers als ein neuer Beitrag der noch so jungen rhinologischen Wissenschaft mit Freuden begrüsst werden. Seitdem die bahnbrechende Arbeit von W. Meyer (Kopenhagen) im Jahre 1876 über die adenoiden Vegetationen erschien, ist kein Buch über diesen Gegenstand von so hervorragender Bedeutung geschrieben worden, wie das Trautmann'sche. — Mit einem ungeheueren Fleisse während einer Reihe von 12 Jahren zusammengestellt, liegt die Hauptbedeutung desselben in dem anatomischen und ganz besonders dem pathologischen Theil.

Nach einer recht ausführlichen Literaturangabe, welche bis auf das Jahr 1775 zurückgeht, schildert Verf. in seiner knappen und klaren Weise die normale Anatomie und Histologie, welche durch selbstverfertigte und vorzüglich gelungene Zeichnungen an Anschaulichkeit gewinnen. Um sich näheren Aufschluss über den so wichtigen venösen Abfluss aus dem Nasenrachenraume zu verschaffen, hat Verf. eine Reihe von venösen Injectionen selbst gemacht, auf deren Resultate im Original wir noch besonders hinweisen möchten.

Während nun alle Autoren vor ihm sich nur auf Beobachtungen am Lebenden stützten, ist es das Verdienst Trautmann's, uns an der Hand von 15 Sectionen eine genaue Beschreibung der patholog. Anatomie gegeben zu haben. Die Formation der hyperplastischen Tonsille entspricht den normalen anatomischen Verhältnissen.

„In erster Linie werden die im sagittalen Durchmesser verlaufenden Längsleisten hyperplastisch und bilden entweder Kämme oder Zapfen, je nachdem die Längsleisten mehr oder weniger durch Querfurchen getheilt sind. Gehen die Längsleisten vorn hinter dem Vomer bogenförmig zusammen, dann hängt das hyperplastische Gewebe gardinenartig hinter den Choanen herab. Die Seitenzüge der Rachentonsille werden ebenfalls hyperplastisch und erfüllen mit dem hyperplastischen Gewebe der Längsleisten die Rosenmueller'schen Gruben. Das Gewebe lässt sich jedoch aus denselben abhalten und hat dort nicht seinen Ursprung, sondern am seitlichen Theil des Fornix."

Im Gegensatz zu Schwartze, Bresgen, Zaufal und Anderen hat Trautmann im *Ostium pharyngeum tubae* selbst keine Hyperplasien gefunden. Als Folgeerscheinungen der adenoiden Vegetationen treten auf patholog. Veränderungen des Gehörorgans. Diese entstehen durch Verlegung des Nasenrachenraums und durch venöse Stauung; diese letztere bedingt ferner Ueberfüllung der Blutgefässe der Nase (Nasenbluten) und der cavernösen Hohlräume der unteren und mittleren Nasen-

muscheln. Durch Stauung erklären sich auch die Oedeme der Rachengebilde und des *Ostium pharyngeum tubae*, der Verschluss desselben, die Einziehung oder eventuelle Verwachsung des Trommelfells mit der Labyrinthwand, die Traussudation im Mittelohr mit allen ihren Folgekrankheiten. Im Allgemeinen, hebt T. hervor, hat die Hyperplasie der Rachentonsille gutartige Prozesse des Gehörorganes im Gefolge, doch beschreibt er auch einen Fall, wo sie direkt zu einer eitrigen Meningitis und schliesslich zum *Exitus lethalis* geführt hat. Dass auch eine Reihe von Reflexneurosen dadurch hervorgerufen werden, brauchen wir wohl kaum zu erwähnen.

Nach kurzer Besprechung der Aetiologie und Symptomatologie erörtert Verf. die verschiedenen Methoden zur Beseitigung der adenoiden Vegetationen. Er verwirft mit Recht die Anwendung von Adstringentien in irgend welcher Form, ebenso das Zerquetschen mit dem Zeigefinger und hält nur die Entfernung mittelst scharfer Instrumente für berechtigt.

Zu diesem Behufe hat er einen eigenen scharfen Löffel construirt. Derselbe besteht aus dem eigentlichen Löffel, Stiel und Handgriff. Der Löffel ist rund, scharf, tief ausgehöhlt (7 mm.) und hat einen Durchmesser von 15,13 resp. 11 mm. Der Stiel, welcher fest mit dem Löffel verbunden ist, besitzt eine solche Biegung, dass er sich leicht hinter den weichen Gaumen schieben lässt. An ihn schliesst sich der 7½ cm. lange Griff an.

Mit diesem Löffel geht Trautmann in der Weise ein, dass er mit der Convexität desselben den weichen Gaumen aufhebt und so leicht bis an das Dach vordrängt, dann drückt er den Löffel fest gegen die Wand an und zieht ihn so nach unten. Beim Herausziehen schneidet man das abgelöste Stück ganz ab. T. geht auf diese Weise 5 — 6 Mal ein und braucht zu einer Sitzung durchschnittlich nicht mehr als 5 — 10 Minuten. Sollte noch eine Sitzung nothwendin sein, so geschieht dies erst nach Rückgang aller event. Entzündungserscheinungen. Der Schmerz ist meist gering.

Treten während der Operation Blutungen auf, so stehen sie meist auf Gurgeln mit Eiswasser.

Nachblutungen hat T. nur zwei Mal gesehen, ebenso zwei Mal Suffocationserscheinungen, welch' letztere dadurch bedingt waren, dass nicht vollständig abgetrennte Stücke in den Kehlkopfeingang herabhingen. Nach Entfernung dieser Stücke war die Gefahr vorüber. T. schreibt diese seltene Erscheinung nur dem Umstande zu, dass der Kopf nicht gut fixirt war, und dieser zurückgezogen werden konnte, bevor die Stücke ganz abgelöst waren. Als Nebenverletzungen können eintreten: Abtrennung des hintersten Theils der unteren Muschel, die aber nur von Vortheil sein kann; Verletzung der hinteren Pharynxwand, die von geringer Bedeutung sei (leichte Schlingbeschwerde etc.) und schliesslich Verletzung des Tubenwulstes. Letzteres ereignete sich ein Mal, jedoch ohne dass irgend ein Nachtheil daraus entstand.

Wenn wir auch gestehen müssen, dass in der Hand Trautmann's — wie wir uns persönlich öfters überzeugen konnten — der scharfe Löffel sehr gut arbeitet, so möchten wir doch bezweifeln, ob er sich je allgemeinere Verbreitung verschaffen wird. Es führen ja bekanntlich viele Wege nach Rom und so glauben auch wir, die bescheidene Bemerkung machen zu dürfen, dass man mit dem Lange'schen Ringmesser, oder mit der modifizirten Loewenberg'schen Zange sehr gut auskommen kann.

Was die Nachbehandlung anbetrifft, so hat T. die Ausspritzungen mit Salzwasser ganz aufgegeben und seither keine Mittelohrentzündungen mehr gesehen. Zur Entfernung der Blutcoagula lässt er kräftig schnäuzen oder wenn die Kinder das verlernt haben, giebt er „die Luft-Douche bei offener Nase" (das eine Nasenloch bleibt ganz offen) dann Bettruhe, Gurgeln mit Eiswasser, kühle Getränke und Speisen bis zum dritten Tag nach der Operation. Die Folgeerscheinungen der adenoiden Vegetationen werden nach bekannten Regeln behandelt.

Nach einer ausserordentlich sorgfältigen Beschreibung von 150 Krankengeschichten schliesst das Buch mit einer sehr werthvollen statistischen Uebersichtstabelle.

Die Ausstattung des Buches ist eine gute. (Hirschwald). Wir können somit nicht umhin, dieses gradezu klassische Werk jedem sich nur einigermassen für diesen Gegenstand Interessirenden auf das Allerwärmste zu empfehlen. Es wird für lange Zeit als fruchtbringende Grundlage für ander Forschungen dienen.

Dr. W. Freudenthal, New York.

An Operation for the Extraction of a Pistol-Ball from the Brain through a Counter-Opening in the Skull, by William F. Fluhrer, M. D., Sep. Abd.

Aus dem *Quarterly Bulletin of the Clin. Soc. of the N. Y. Post-Graduate Med. School and Hospital*, Feb. 1886.

Der fragliche Fall war der eines 19jährigen Mannes, der sich eine Pistolenkugel in den Kopf jagte. Die Eintrittsstelle war in der Mitte des Stirnbeines und es gelang F. durch systematisches Sondiren gemäss gewissen ausführlich erörterten Prinzipien, die Kugel durch eine am Hinterkopfe angelegte Oeffnung zu extrahiren.

Der Patient genass nach ca. 3 Monaten vollständig.

Die erwähnten Prinzipien sind kurz folgende:

Der Kopf der Sonde soll verhältnissmässig gross sein, um keine falschen Wege zu erzeugen.

Die Sonde selbst soll lang (12") und von ziemlichem Umfange, aber möglichst geringem Gewichte sein. (Aluminium ist das geeignetste Material.)

Obgleich die Sonde biegsam sein soll, so muss sie die vom Chirurgen gegebene Form stets beibehalten.

Biegt man das vordere Ende der Sonde, um einen gekrümmten Wandkanal zu folgen, so soll man dem hinteren Ende genau dieselbe Kurve geben.

Gewundene Gänge sollen, wenn irgend möglich, in eine oder mehrere geradlinige Wandkanäle umgeformt werden.

Niemals soll man eine weiche biegsame Sonde gebrauchen.

Am Schlusse der sehr lesenswerthen Arbeit giebt F. noch einige Beispiele (an der Leiche und am Lebenden) an, in denen er die Richtigkeit der darin niedergelegten Grundsätze demonstriren konnte. G. W. R.

A. Seibert (New York). Witterung und fibrinöse Pneumonie. (Vortrag, gehalten in der *Medical Society of the County of New York*, den 25. Mai 1885), Separatabdruck aus der *Berlin. Klin. Wochenschrift*, No. 17, 1886.

In diesem Artikel beschreibt Verf. seine dritte und letzte Untersuchung über die Einwirkung der Witterung auf die Entstehung der fibrinösen Pneumonie. Als die erste dieser Arbeiten erschien, (*Amer. Journ. of the Med. Sciences*, Jan. 1882), wurde z. B. von Juergensen noch jeder Witterungseinfluss negirt. S. gab sich zuerst die Mühe, die Witterung jedes Tages während der Untersuchungsdauer zu Rathe zu ziehen, und wies nach, dass zu einer exakten Forschung alle Witterungsfaktoren zusammen und in gleicher Zeit in Betracht genommen werden müssten. In der zweiten Arbeit über diesen Gegenstand (*Berl. Klin. Wochenschrift*, Nos. 18 und 19, 1884), besprach S. die Untersuchungen von Keller (Juergensen's Assistenten, Koenhorn, Port und Senfft, und konnte durch eingehendes Ueberarbeiten des von diesen Autoren gesammelten, Materials beweisen, dass ihre wirklichen Resultate mit den seinigen vollkommen übereinstimmten. In der nun erschienenen Schlussarbeit hat Verf. mit einem Material von 768 Fällen von primär. fibrin. Pneumonie, welche binnen eines Jahres von 46 Kollegen und 4 Hospitälern in New York und Brooklyn gesammelt waren, gearbeitet, und die Witterung jedes Tages (mit 3 Tagesangaben) damit verglichen. Es ist dieses die erste Kollektivuntersuchung über Pneumonie.

S.'s Resultate (welche nun wohl als maassgebend angenommen werden müssen), sind kurz folgende:

1. Die Entstehung der fibrinösen Lungenentzündung wird durch gewisse metereologische Zustände sehr begünstigt, so zwar, dass dadurch der Unterschied in der Frequenz dieser Krankheit während der einzelnen Monate erklärt wird.
2. Niedrige und absteigende Temperatur, hoher und steigender Feuchtigkeitsgehalt und starker Wind sind jedes allein im Stande, diesen Einfluss auszuüben.
3. Wenn zwei dieser Wetterfaktoren zusammen gefunden werden (z. B. hoher Feuchtigkeitsgehalt und niedrige Temperatur, oder fallende Temperatur und starker Wind), so finden wir mehr Fälle von Pneumonie, als wenn dieselben einzeln auftreten.
4. Finden sich obige drei Witterungsfaktoren zusammen, so ist die folgende Pneumoniefrequenz ausserordentlich gross.
5. Diese Frequenz hält so lange an, wie diese Witterungszustände.
6. Derselbe metereologische Einfluss wird bei der Entstehung der Katarrhe der Athmungsschleimhäute gefunden.
7. Bestehender Katarrh prädisponirt zur fibrinösen Pneumonie.

Zum Schlusse sagt S.: „Diese Untersuchung, sowie die früher von mir angestellten beweisen eben nicht, dass Witterung allein im Stande sei, Pneumonie hervorzubringen, sondern nur, dass dieselbe, je nach ihrer Art, der Entwicklung dieser Krankheit hindernd oder fördernd entgegentritt. Nasskalte, stürmische Witterung erzeugt Katarrh der Athmungsorgane, und sonst Nichts. Somit bleibt uns nur übrig, anzunehmen, dass obige Witterung fast in jedem Falle die Lungenschleimhaut katarrhalisch präparirt und so einen günstigen Boden zur Aufnahme des Pneumoniegiftes schafft! Wir müssen annehmen, dass der Katarrh (und na-

mentlich im ersten Stadium) eine Vorbedingung der Pneumonie ist. Was die Hautläsion dem Erysipel, der Magen- und Darmkatarrh der Cholera und dem Abdominaltyphus, das ist der Lungenkatarrh der Pneumonie." G. W. R.

Grundriss der Augenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende, von Dr. S. Klein; Wien und Leipzig; Urban und Schwarzenberg, 1886.

Ein sehr gutes Handbuch, welches sich den besten anreiht, die in der letzten Zeit erschienen sind. Es ist mit grosser Uebersichtlichkeit geschrieben und giebt kurz und bündig alles Wissenswerthe aus dem weiten Gebiete der Augenheilkunde. Für den praktischen Arzt bildet es einen äusserst bequemen und brauchbaren Rathgeber. M. L.

Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik (mit 41 Abbildungen) von Dr. Otto Seifert, Privatdocent in Würzburg und Dr. Friedrich Müller, Assistent der II. med. Klinik in Berlin; 2. Auflage; Wiesbaden; J. F. Bergmann, 1886.

Die im April erschienene erste Auflage war so schnell vergriffen, dass die Verf. im Mai zur Ausgabe einer neuen Auflage schreiten mussten.

Das für den Studirenden, sowie für den mit einem unzuverlässigen Gedächtnisse in stetem Kampfe befindlichen Mediziner höchst nützliche Büchlein wurde auf Anregung Prof. Gerhardt's zusammengestellt.

Es sind in den zwölf Kapiteln „die Untersuchungsmethoden, sowie diejenigen Daten und Zahlen, deren Kenntniss dem Untersuchenden am Krankenbette stets gegenwärtig sein soll" in übersichtlicher Darstellung enthalten. G. W. R.

Diphtheria and its management. Are membranous Croup and Diphteria distinct diseases? by Joseph E. Winters, M. D. Reprint from *N. Y. Med. Record*, December, 5. 1885.

Verf. ist der Ansicht, welche von Vielen getheilt wird, dass beide Krankheiten identisch sind. Bei der Therapie derselben bekämpft er den übermässigen Gebrauch von Sublimat—welches bis zu einem halben und einen ganzen Gran täglich gegeben wird—wegen der zu stark schwächenden Wirkung des Quecksilbers. Er zieht immer noch das Eisen (*Tr. Ferri muriatici*) vor und glaubt die Elimination des Giftes durch leichte Purgative, diaphoretisches und diuretisches Verfahren (Dover's Pulver, heisse Umschläge und Fussbäder) befördern zu können; ebenso durch externe Applikation von Terpentin. Auch Pilokarpin giebt er dann und wann.

Kalkwasser-*Spray*, Licht und Luft und Roborantien—zu denen er Chinin rechnet—vervollständigen seine Therapie.

Diphtherie, von Dr. Noldechen, Arzt a. d. k. Landesschule Pforta; Sonderabdruck aus d. D. M. Zeitung, Heft 63.

Eine fleissige Arbeit, auf des Verf. reicher Erfahrung basirend mit interessanten historischen Bemerkungen durchflochten. Verf. tritt für Pinselungen mit Salicylsäure (in Pulverform) und möglichste Entfernung der Membranen, sowie Gargarysmen von *Kali-chloricum*-Lösungen ein. G. W. R.

Ueber Leukoplakia (Psoriasis der Zungen- und Mundschleimhaut) und über den Einfluss einer Karlsbader Kur auf dieselbe, von Dr. Emerich Hertzka. Sep. Abdr. a. d. *Deutsch. Med. Wochenschr.*, No. 13, 1886.

Diese auch *Psoriasis, Pityriasis, Tylosis linguae*, etc. genannte Erkrankung der Zunge ist nach Verf. meist mit irgendwelchen allgemeinen Ernährungsstörungen vergesellschaftet, wie z. B. Magen- und Darmkatarrhen, Anämie, gestörter Innervation der Verdauungsapparate etc. Verf. hat einige Fälle gesehen, in denen die charakteristischen weisslichen Plaques auch an der unteren Fläche bestanden.

Eine Karlsbader Kur—Trinken, Ausspülen, Bäder—sowie gleichzeitige kunstgerechte Behandlung des Allgemeinleidens sind in den Händen des Verf. sowie anderer Collegen stets von Erfolg begleitet gewesen. G. W. R.

(Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Broschüren :)

Lehrbuch der allgemeinen Elektrisation des menschlichen Körpers von S. Th. Stein (Frankfurt a. M.); 3. Aufl.; Halle a. S.; Wilhelm Knapp; 1886.

Memoir of Austin Flint, by A. Jacobi, M. D., President of the *New York Academy of Medicine*. Reprint from *The Med. Record*, April 24th, 1886.

Analysis of the Urine with special reference to the Diseases of the Genito—Urinary Organs, by Prof. K. B. Hoffmann (Gratz) and Priv.-Doc. R. Ultzmann (Wien); translated by Dr. F. Barton Brime and Dr. H. Holbrook Curtis; *2d Ed;* New York; D. Appleton & Co.; 1886.

Dermatologische Studien, II. Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reduzirender Heilmittel von Dr. P, G. Unna, Hamburg und Leipzig; Leopold Voss; 1886.

The mechanism of indirect fractures of the Skull, by Charles W. Dulles, M. D.; Reprint from the *Transactions of the College of Physicians of Philadelphia,* Feb, 3d, 1886.

The present Status of Abdominal Surgery, by N. Senn, M. D.; Reprint from the *Journal of the American Medical Association,* May 29th and June 5th, 1886.

Ueber das pneumatische Cabinet der Herren Dr. H, F. Williams und J. Ketchum und über die mit demselben bis jetzt gewonnenen Resultate von Dr. E. Tiegel (New York); Sep. Abdr. a. d. *Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte*; 1886.

Enucleation with Transplantation and Reimplantation of Eyes by Charles H. May, M. D.; Reprint from *The Med. Record,* May 29th, 1886.

On the continuous preventive Desinfection of House-Drainage, by Prof. Henry Hartshorne, read before the Sanitary Convention under the auspices of the Pennsylvania State Board of Health, May 12—14th, 1886.

Ein weiterer Fall von symmetrischen Defecten in den vorderen Gaumenbögen von Dr. A. Schapringer; Sep. Abdruck aus der *Monatsschr. für Ohrenheilkunde etc.*; 1884.

Eleven cases of Phthisis, treated by Intra-Pulmonary Injections of Carbolized Iodine by John Blake White, M. D. Reprint from *The Med. Record,* May 22d, 1886.

Reilage zu den Protokollen der Sitzungen der Gesellschaft der Aerzte in Kiew; 1884—1885; Dr. H. N. Muench, Präsident. (Russisch.)

How can we prevent false Hydrophobia? A paper read before the *Society of Medical Jurisprudence and State Medicine,* on June 10th, 1886, by Dr. E. C. Spitzka.

Report of the Board of Managers of the Pennsylvania Hospital; Fifth Month, 3d; 1886. Philadelphia, Collins.

Fifth Annual Announcement of the College of Physicians and Surgeons of Chicago; Session 1886—87.

Illustrated Catalogue and Price-List of physical and chemical, electro-medical, optical and scientific Instruments, school-apparatus &c., from Curt W. Meyer, New York.

New York Post-Graduate Medical School and Hospital; Fifth Annual Announcement with a report of the Dispensary and Hospital.

Todtenliste.

Prof. T. Spencer Cobbold in London, Verfasser zahlreicher Arbeiten auf dem Gebiete der parasitären Krankheiten und der Lehre von den Entozöen.

Dr. Dio Lewis in Yonkers, ein medizinischer „Reformer," der unter vielem Guten (Gymnastik, speziell sogen. Freiübungen) auch so manchen Uebertreibungen huldigte. Er war einer der Haupturheber der wahnsinnigen „*Temperence-Crusades.*"

Prof. von Gudden. Eine Würdigung seiner Verdienste werden wir in nächster Nummer bringen.

Personalien, etc.

In Prag herrscht eine Flecktyphus-Epidemie. Ueber 130 Fälle gelangten im März und April zur Anzeige. Der Gemeinde-Arzt Dr. Nacht fiel der Seuche zum Opfer.

Dass sich in Venedig kein Arzt zur Uebernahme der Leitung eines Cholera-Hospitales bereit gefunden hat, erklärt die *Wien. Med. Presse* (No. 18) damit, dass die in Aussicht gestellte Besoldung eine viel zu geringe gewesen sei.

Privatdocent Dr. J. Steiner in Heidelberg wurde zum a. o. Professor ernannt.

Die Cholera ist in Nord- und Mittelitalien immer noch nicht erloschen, wenn sie auch ihren epidemischen Charakter verloren hat.

Die 23. *Wanderversammlung* ungarischer Aerzte wird am 22. August in dem Kurorte Bazias stattfinden.

Dr. Leonard Weber, der seiner Gesundheit halber sich einige Monate in Europa aufhielt, nahm an dem 4. *Congress für Innere Medizin* sehr lebhaften Antheil und wurde — eine bisher noch keinem amerikanischen Arzte zu Theil gewordene Auszeichnung — zum Mitgliede dieser Körperschaft ernannt.

Prof. Dr. H. Miyake, von der Universität zu Tokio, hält sich gegenwärtig in Berlin auf, um die Einrichtung der dortigen medizinischen Institute zu studiren.

Dem hiesigen University Medical College sind von einem Ungenannten $100,000 zur Gründung eines physiologischen und pathologischen Laboratoriums geschenkt worden. Dasselbe soll den Namen *Loomis-Laboratory* führen.

Die Zahl der Medizin-Studirenden auf den einzelnen Universitäten wird im Universitäts-Kalender wie folgt angegeben:

Berlin	1305	Königsberg	241
München	1225	Strassburg	210
Dorpat	840	Zürich	207
Würzburg	827	Göttingen	206
Leipzig	742	Heidelberg	205
Graz	490	Innsbruck	202
Greifswald	399	Bern	198
Freiburg	389	Kiel	197
Breslau	375	Tübingen	197
Halle	280	Jena	193
Marburg	268	Giessen	145
Bonn	267	Basel	121
Erlangen	247	Rostock	106

Auf den im deutschen Reiche befindlichen Universitäten also in Summa 8,204.

Die Deborah Nursery im East Broadway ist geschlossen worden, weil in Folge einer durch einen Emigranten verursachten Fleck-Typhus-Epidemie bereits 27 Kinder in das Seuchenhaus übergeführt werden mussten.

Als Nachfolger Spaeth's ist Prof. Breisky gewählt worden.

Prof. Dr. Weil (Heidelberg) erhielt einen Ruf als Direktor der medizinischen Klinik in Dorpat.

Zum Nachfolger Horner's als Professor der Ophthalmologie in Zürich ist Privatdozent Dr. Hoob ernannt worden.

Nach Jena wurden berufen: Prof. Unverricht (Breslau) für Pädiatrik und Syphilis; Dr. Gaertner (Berlin) für Hygienie und gerichtliche Medizin.

Die Zahl der regulären medizinischen Lehranstalten (Colleges) in den Ver. Staaten beträgt 89. Daselbst werden etwa 10,000 Studenten in die Geheimnisse der *Ars medica* eingeführt. Etwa a c h t dieser *Colleges* haben zwischen 300 und 600 Studenten, s i e b e n zwischen 200 und 300. Wieviel für die andern übrig bleibt, kann man sich danach ungefähr denken.

Die Studenten der University of Vermont haben gegen den zum Nachfolger des verstorbenen James L. Little erwählten Chirurgieprofessor Bingham den B o y c o t t erklärt, angeblich weil derselbe schwere Fehler beim Diagnostiziren und beim Operiren in der Klinik sich habe zu Schulden kommen lassen.

In Budapest haben sich Dr. Arthur Irsai für Kehlkopfkrankheiten und Dr. A. Bakó für Erkrankungen der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane habilitirt.

In Würzburg habilitirte sich Dr. Albert Hoffa als Privatdocent für Chirurgie.

Die neue bakteriologische Abtheilung in Virchow's pathologischem Institute wird Dr. O. Israel leiten.

† Heinrich Auspitz.

Im verhaltnissmässig frühen Alter von etwa 50 Jahren, starb Ende Mai einer der Gründer und langjähriger Direktor der Wiener „Allgemeinen Poliklinik," Prof. Heinrich Auspitz.

Hebra, Auspitz, Kaposi! Diese drei Namen sind mit der neueren Dermatologie so eng verknüpft, dass man, wird der Eine genannt, sicherlich der beiden Anderen gedenkt. Die *„Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis"*, die A. gegründet, wird von Kaposi weiterfortgeführt werden.

Seine bedeutendsten Publikationen, welche von bleibendem Werthe sind, waren:

Die Lehre vom syphilitischen Kontagium, und:

Ein neues System für Hautkrankheiten.

In den Kämpfen, welche die Wiener „Poliklinik" mit der Fakultät etc. zu bestehen hatte, stand er stets im Vordertreffen und als ihm endlich die wohlverdiente Anerkennung seines Wirken's in Gestalt einer Ernennung zum Primarius am Allg. Krankenhause wurde, war seine Gesundheit bereits zerrüttet und zwei Jahre darauf starb er.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. II. New York, August 1886. No. 3.

Pleuritis und Lungenabscess eines fünfjährigen Knaben. Operative Eingriffe; Heilung.*)

Von Dr. A. Koehler, New York.

A. W. erkrankte in der Mitte Januars 1878 im Alter von fünf Jahren an Masern. Die Krankheit verlief rasch in sehr leichter Form.

Am 5. und 6. März hatte der Knabe Wechselfieber mit leichter Bronchitis, befand sich aber in Folge des üblichen Heilverfahrens drei Tage später sehr wohl.

Am 15. März wurde wieder, und zwar wegen seit mehreren Tagen bestehenden Keuchhustens, um Behandlung desselben nachgesucht. Es erfolgten in 24 Stunden etwa 10 heftige, lang anhaltende Hustenparoxysmen. Die Lungenuntersuchung ergab ausser Rasselgeräuschen nichts Abnormes. Athemzüge 28 bis 30 i. d. M., Pulsationen 118, Temperatur 100° F. Die Eltern berichteten, dass bei gutem Appetit Stuhlentleerung nicht immer an jedem Tage stattgefunden habe. Er erhielt zunächst Calomel, dann Chinin und zuletzt verdünnte Salpetersäure, von welcher viermal täglich 12 Tropfen in Zuckerwasser gereicht wurden. Unter fortgesetztem Gebrauch dieses Mittels hatte sich bis zum Ende des Monats der Zustand so weit gebessert, dass täglich nur 4 oder 5 kurze Hustenanfälle eintraten. Dabei war das Allgemeinbefinden ein befriedigendes, denn der Patient ass gut, schlief gut und zeigte sich fast immer in munterer Stimmung.

Vierzehn Tage später, am 14. April, in früher Morgenzeit, wurde ich wieder zu ihm gerufen. Der Kranke lag im Bette. Sein Zustand war der folgende:

Oberflächliche, zeitweilig durch kurze Hustenstösse unterbrochene Athemzüge, 60 i. d. M., Pulsschläge 130, Temperatur 101·4°. Der Kleine warf sich häufig von einer Seite auf die andere und suchte auch oft den Oberkörper emporzurichten. Gesicht schmerz- und angstvoll, beim Husten sich stark röthend. Zunge feucht, leicht belegt. Wasser trank er, mit Unterbrechungen, sehr hastig. Die nähere Besichtigung erwies zunächst auffällige Anspannung der Sternocleidomastoidei und Scaleni, sowie Inflation der Nasenflügel, auch inspiratorische Einziehung der Intercostalräume an den unteren seitlichen Thoraxpartieen. Die Auscultation ergab rechterseits fein- und mittelblasige Rasselgeräusche, am deutlichsten oberhalb der Brustwarze, linkerseits nur gröbere Rhonchi, die Percussion dagegen durchaus nichts Abnormes. Nach Angabe der Eltern begann die auffällige Respirationsnoth an diesem Tage um 1 Uhr nach Mitternacht. Nahrung nahm er bereits seit dem vorhergegangenen Abend nicht mehr an. Er hatte während der letzten zwei Tage keine Stuhlentleerung gehabt. Diagnose: Capillarbronchitis. Verordnung: Calomel.

*) Vortrag, gehalten in der *Med.-Chirurgischen Gesellschaft d. A. v. N. Y. u. U.* am 7. Juni 1886.

Als ich ihn am Abende desselben Tages, um 9 Uhr, wieder sah, erfuhr ich, dass kurz zuvor einige Stuhlgänge erfolgt waren. Stimmung weniger angstvoll, eher etwas zuversichtlich. Athemzüge 52, Puls 132, Temperatur 102°. Haut in ergiebigem Perspirationszustand. Verordnung: Chininsulphat, sowie zeitweilige Bedeckung der vorderen Thoraxfläche mit Sinapismen.

Am nächsten Tage, am 15. April, Vormittags, besucht, sah mich der Kranke lächelnd an. Das Sprechen fiel ihm etwas schwer. Athemzüge 44, bisweilen etwas schmerzhaft, Puls 138, etwas kräftiger, Temperatur 101·4°. Haut leicht perspirirend. Er hatte in der Nacht ihm temporäre Erleichterung verschaffende, je eine halbe bis eine Stunde währende Schlafzeiten genossen, zwischen welche sich nur kurze, durch Husten und Durst hervorgerufene Zustände des Wachseins einschoben. In diesen Intervallen hatte er auch meistentheils kleine Portionen Milch zu sich genommen. Es war heute frühzeitig eine Stuhlentleerung erfolgt. Gesicht bleich. Hustenstösse leichter; dabei zuweilen spärliche eiterig-schleimige Expectorationen. Die Untersuchung des Thorax ergab nichts Neues. Verordnung: Fortsetzung des zuletzt eingeschlagenen Verfahrens.

Am 16. April, in der Morgenzeit, wieder besucht, hatte der Patient die Nacht in ähnlicher Weise wie die ihr vorhergegangene verbracht. Er verrieth aber nun eine ängstliche Gemüthsstimmung. Ergebniss der Untersuchung: Athemzüge 60, Pulsationen 136, geschwächt, Temperatur 102·5°. Die Auscultation ergab rechterseits nun auch klingende Rhonchi, ferner die Percussion über ein an der Vorderfläche des Thorax zwischen erster und dritter Rippe vom rechten Sternalrand einen Zoll weit lateralwärts sich erstreckendes Feld hin einen gedämpft-tympanitischen Schall. Die Action der auxiliären Inspirationsmuskeln war noch die früher bemerkte. Diagnose: Katarrhalische Pneumonie. Verordnung: Salicylsaures Natron.

Am folgenden Tage, am 17. April, war der veränderte Percussionsschall noch auf die erwähnte Stelle beschränkt. Respirationen 48, Pulsschläge 128, Temperatur 102·2°. Husten mässiger. Stimmung zuversichtlicher. Es wurde den Eltern empfohlen, die Zimmerluft warm und feucht zu erhalten, die Brust mit Senfinfusionen zu fomentiren, von Zeit zu Zeit kleine Quantitäten Fleischsuppe und Wein darzureichen, den Gebrauch des Arzneimittels fortzusetzen.

Am 18. April, Morgens, klagte der Patient plötzlich über stechende Schmerzen am seitlichen unteren Theile der rechten Thoraxhälfte. Die Nacht hatte er in ziemlich befriedigender Weise verbracht. Respiration, Puls und Temperatur ähnlich, Auscultations- und Percussionsresultat genau so, wie am vorhergegangenen Tage. Verordnung: Chinin zum Gebrauch für die Tags-, Chloralhydrat für die Nachtzeit.

Am nächsten Tage, 19. April, wurde berichtet, dass am letzten Abende das Seitenstechen nachgelassen, der Knabe Fleischsuppe mit Ei und Wein genossen, Nachts zuweilen ruhig geschlafen habe, dass er sich nunmehr mit Vorliebe auf die rechte Seite lege. Er zeigte blasse Gesichtsfarbe, allgemeine Ermattung, aber eine bessere Stimmung. Die Imtercostalmuskeln des unteren rechten Thoraxtheils erschienen viel weniger activ als die des linken. Athemzüge 38, Pulsationen 120, Temperatur 99·5°. Husten milder, selten etwas schmerzhaft. Die physikalischen Symptome erwiesen sich unverändert.

Am 20. April war Reibungsgeräusch vernehmbar und zwar

an jener über der rechten Mammalpapille gelegenen Stelle, an welcher vier Tage zuvor zum ersten Male ein leicht gedämpfter Percussionsschall zu hören war. Athemzüge 36, Pulsationen 124, Temperatur 100°. Appetit etwas geringer. Der Knabe versuchte einmal, ausserhalb des Bettes zu verweilen, wurde aber sehr bald durch unbehagliche Muskelschwäche in dasselbe zurück verwiesen.

Am 21. hatte sich das Frictionsgeräusch lateral- und abwärts eine kurze Strecke weit fortgesetzt.

Am 24. April: Athemzüge 44, Pulsschläge 138, Temperatur 101°. Die Percussion ergab rechterseits beträchtliche Dämpfung, welche von der Thoraxbasis vorne bis zur fünften Rippe hinaufreichte, — die Auscultation noch leichtes Frictionsgeräusch an dem über der Brustwarze gelegenen Thoraxtheil. Es wurde seit gestern verringerte Harnentleerung notirt. Specifisches Gewicht des Urins 1026: tiefrothe Färbung, sauere Reaction desselben; kein Albumengehalt. Verordnung: Digitalis.

Von nun an schwankte die Temperatur Morgens zwischen 99·7° und 100·4°, Abends zwischen 101·6° und 102·2°.

Am 27. April hatte sich starkes Oedem des rechten Fusses gebildet.

Am 3. Mai reichte die Dämpfung von der Thoraxbasis bis an die 4. Rippe, und dennoch erschien der Kräftezustand eher besser, als schlechter denn zuvor; auch zeigte der Patient etwas besseren Appetit.

Am 9. Mai, Vormittags, war das Exsudat offenbar hoch in den oberen Raum der Pleurahöhle emporgestiegen. Dabei bestanden mässige Schmerzen in der rechten Seite und geringer Husten. Gesicht geröthet; Haut heiss und trocken; Temperatur 99·8°; Pulsationen 140; Athemzüge 48. Der Herzspitzenstoss war an einem von der linken Brustwarzenlinie $\frac{3}{4}$ Zoll weit nach aussen entfernten Punkte zu fühlen. Es konnte rechts, ausser zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule, keine Respiration gehört werden. An diesem Tage führte ich, in Gegenwart des Dr. L. Stern, im sechsten Intercostalraume, etwas nach vorne von der Axillarlinie mit einem Bistouri die Thoracocentese aus, welche etwa 18 Unzen sero-fibrinösen Exsudates entleerte. Der Verband, mit dem ich die Operationswunde bedeckte, bestand in einer mit fünfprocentiger Lösung hypermangansauren Kali's getränkten Asbestschichte.

Am 10. Mai wurde berichtet, dass der Patient gut geschlafen habe. An der vorderen Thoraxwand ergab die Percussion die vor dem Eintritte des Ergusses bestehende Resonanz und die Auscultation befriedigendes Respirationsgeräusch. Das Herz hatte seine normale Stellung wiedererlangt. Das Fussödem war verschwunden. Athemzüge 28, Pulsschläge 120, Temperatur 100°.

Bereits am 12. verweilte der Knabe öfters eine Stunde lang ausserhalb des Bettes, bei munterer Stimmung und ziemlich gutem Allgemeinbefinden. Er genoss Suppe und mit ganz besonderer Vorliebe fein zerhacktes Rindfleisch und Wein. Die täglich entleerte Harnquantität war eine normale bis zum 20. Mai, von welchem Tage an sie wieder reducirt erschien. Seitdem war auch von Neuem deutlicher ausgesprochenes Fieber zu constatiren.

Am 28. Mai, als abermalige Exsudation, und zwar bis zur vierten Rippe hinauf reichend, sowie im siebenten Intercostalraum eine von der Axillarlinie zwei Zoll weit nach vorne sich erstreckende Hervorwölbung nachzuweisen war, machte ich, und zwar wieder mit einem Bistouri, einen Einstich in der Mitte der letzteren. Die Quantität des entleerten,

nochmals sero-fibrinösen Exsudates betrug circa 12 Unzen. Die Wunde wurde in derselben Weise, wie die erste, antiseptisch behandelt. Der Patient war etwas magerer geworden, befand sich aber trotzdem so wohl, dass ich ihn vom ersten Juni an vorläufig nicht mehr regelmässig besuchte.

Am 13. Juni wurde er mir von seiner Mutter in meiner Wohnung vorgestellt, und ich fand nun zwischen dem zweiten und dritten Rippenknorpel eine leichte, den Durchmesser einer Haselnuss darbietende, nahe an den rechten Sternalrand grenzende Hervortreibung, die jedoch noch keine Fluktuation erkennen liess. Unterhalb dieser Stelle war mittels Percussion und Auscultation nicht die geringste Anomalie nachweisbar. Das Allgemeinbefinden war, abgesehen von mässigem, zuweilen mit geringem Auswurf verbundenem Husten, ein ausnehmend befriedigendes.

Am 16. Juni erwies sich die nun etwas voluminösere Prominenz deutlich als ein Abscess, den ich sofort durch eine mit dem oberen Rande des dritten Rippenknorpels parallele, ihm angenäherte Incision öffnete. Es entleerte sich aus der Wunde ungefähr eine halbe Unze etwas unangenehm riechenden grünlich-gelben Eiters in kleinen, ruckweise erfolgenden, den gleichzeitig stattfindenden Hustenstössen entsprechenden Hervorsprudelungen. Auch aus Mund und Nase quoll etwas Eiter hervor. Bald jedoch entwich sowohl von hier als aus der Wunde nur schaumige, schleimige Flüssigkeit. Die eröffnete Stelle wurde wieder mit Kaliumpermanganatsolution behandelt.

Am 21. Juni fand sich in der, nachträglich wegen Eiterinfiltration des subcutanen Bindegewebes mittels eines nahe dem Sternum ausgeführten Verticalschnittes in eine lappenförmige umgestalteten Wunde reichliches Granulationsgewebe. Der Knabe befand sich ausnehmend wohl. Sein Vater sagte mir: „Er ruft sehr oft und sehr laut: gebt mir Fleisch und Wein, Wein!“

Bezüglich der Verlaufsart des mitgetheilten Krankhritsfalles bin ich der Ansicht, dass zwei Formen von Pleuritis, eine trocken- und serofibrinöse, von der dem pulmonalen Entzündungsherde anliegenden Partie der Lungenpleura ihren Ausgang nahmen, dass nach der zweiten Thoracocentese eine limitirte, der Lage jenes Herdes entsprechende Verwachsung der Brustfellblätter erfolgte, dass die mit interstitieller verbundene lobuläre Entzündung zu einer Confluenz der innerhalb ihrer Begrenzung entstandenen Eiterherde und somit zur Bildung eines Lungenabscesses führte, welcher die verwachsene Stelle corrodirte und durchbrach, worauf das zunächst gelegene endothoracische, intermusculäre und zum Theil auch subcutane Bindegewebe in den Zustand eiteriger Schmelzung versetzt wurde.

Die Thatsache, dass die Incision der parasternalen Hervortreibung, unterhalb welcher ein normaler Percussionsschall notirt wurde, Austritt von Eiter und schaumigem Schleime sowohl aus der Wunde als aus Mund und Nase producirte, wobei die Eiterquantität eine sehr geringe war, scheint genügend darauf hinzuweisen, dass der Abscess seinen primären Sitz in der Lunge hatte.

Der Durchbruch des Pulmonalabscesses durch die verlöthete Stelle der Pleurablätter wurde jedenfalls durch die nach der lateralen zweiten Thoracocentese wieder vigoröser gewordene Lungenthätigkeit begünstigt.

Jodol oder Jodoform.

Von Dr. Carl Beck. Chirurg an der *Deutschen Poliklinik*.

Die bekannten unangenehmen Nebeneigenschaften des Jodoforms: Intoxikationsgefahr und übler Geruch, lassen es leicht begreiflich erscheinen, dass in den Laboratorien beständig auf eine Drogue Jagd gemacht wurde, welche alle vorzüglichen Eigenschaften des Jodoforms, dieses den Desideraten des praktischen Arztes am meisten entsprechenden Antisepticums, in sich schliesst, ohne zugleich die übeln mit ihm zu theilen.

Der Wunsch ist ja der Vater des Gedankens und so waren kaum die ersten Warnungsrufe vor dem unbeschränkten Gebrauche des Jodoforms verhallt, als das Suchen nach einem Ersatze desselben mit Erfolg gekrönt schien. Mazzoni (Rom) war es, der dasselbe im Jodol gefunden zu haben glaubte.

Nun hatte man ja das idealisirteste Jodoform, das man sich nur denken konnte, ein duft- und gefahrloses Antisepticum! Also jetzt selbstverständlicher Weise fort mit dem Jodoform, fort mit Allem, an dessen Stelle man irgendwie ein bischen Jodol substituiren kann!

Man brauchte jetzt nicht mehr zu fürchten, häuslichen Unfrieden durch Aufstreuen der gelben Körnlein zu säen, man brauchte den allzu vertrauensvoll gewesenen verunglückten Jüngling nicht mehr durch das verrätherische Mittel in üblen Geruch zu bringen.

Bald jedoch zeigte sich die Kehrseite des neuen Jodverwandten! Doch ich will nicht vorgreifen.

Ich behandelte einschliesslich einiger Fälle in meiner Privatpraxis, auf der *Deutschen Poliklinik* mit den Collegen Browd, Stiebeling und Weissberger 18 Patienten mit Jodol, wie folgt:

1. Sieben Ulcera cruris, 14 Tage lang in 2–3 tägigen Intervallen mit Jodol bestreut; bei zweien absolute Geruchlosigkeit, bei dreien leichter säuerlicher *Odor*, bei zwei anderen jedoch ausgeprägter, unangenehmer Sekretgeruch; Schorfbildung in keinem Fall vorhanden. In allen Fällen reagirte der gelbgraue torpide Grund fast gar nicht, während nach dreimaligem Jodoformverbandwechsel in gleichen Zwischenräumen üppige rothe Granulationen sich präsentirten.

Es bedurfte, beiläufig gesagt, aller erdenklichen Ueberredungskunst, um die Geduld der Patienten nicht zu erschöpfen.

2. Ein Jahr alte Thoraxfistel bei einem zehnjährigen Knaben in Folge von Empyem, durch Schnitt operirt. Die nachträglich proponirte Rippenresektion wird verweigert. Bisher Irrigationen mit Sublimat und *Argentum nitricum*, nachher Jodoform, welch' letzteres die Sekretion am Meisten abschwächt. Bisher ausgezeichnetes Allgemeinbefinden. Statt Jodoform nun Jodol. Beim Verbandwechsel nach zwei Tagen starker Sekretgeruch, 38½° Temperatur, gestörtes Befinden. Nun wieder Jodoform und kurze Zeit darauf die alte Euphorie.

Nach weiteren 8 Tagen, als sich Patient wieder erholt hatte, injicirte ich in die Abscesshöhle eine grosse Spritze einer Jodollösung, (1 Jodol 16 Alcohol, 3 Glycerin) und erhielt dasselbe Resultat, wie beim Einbringen des Jodols in Pulverform.

3. Drei Fälle von Fisteln in Folge von Wirbelkaries, die exspektativ behandelt wurden. Es wurde 10 Tage lang alle 2—3 Tage Jodol-Solution injicirt. Nach der 2. Injektion jedes Mal *Odor*, nach der dritten *Foetor!*

4. Zwei Fälle von eitriger Bursitis praepatella-

ris. Ausgedehnte Spaltung, hernach Jodolspülen. Im einen Fall bei dem Verbandwechsel am nächsten Tage Röthe und Schwellung, so dass ich mit Sublimat irrigirte und verband; im andern nach 3 Tagen noch keine Reaktion, jedoch sehr langsame Heilung, so dass ich nach fünfmaliger Anwendung im Laufe von circa 2 Wochen zu der bei uns gebräuchlichen Behandlung theils mit Sublimat, theils mit Jodoform zurückkehrte.

5. Zwei Fälle von Adenitis inguinalis (nach Gonorrhöe), welche breit eröffnet und ausgeschabt worden waren, wurden sogleich mit Jodolgaze ausgestopft. In 14 Tagen fünfmaliger Verbandwechsel, kein Geruch, sehr langsame Granulationsbildung, so dass ich Sublimat substituirte.

6. Höhle nach einer Ausmeisselung nekrotischer Partikel mehrerer Fusswurzelknochen, 14 Tage lang mit Jodoformgaze ausgestopft. Die Höhle granulirte vortrefflich, bis wir Jodol anwendeten. Schon 2 Tage nach seiner Applikation verschlechtert sich das Allgemeinbefinden des 4 Jahre alten Patienten. Beim Verbandwechsel zeigt sich bedeutende Zunahme des Sekretes, welches ausserdem ungenügend aufgesaugt war, so dass die Mutter des Patienten in ihrer *sancta simplicitas* bemerkte: „Wissen Sie, das Pulver hat mir gleich nicht recht gefallen!"

Nachdem ich ausserdem bei zwei verjauchenden Uteruscarcinomen mit Jodoltampons völliges Fiasco mit meinen Desodorisirungsexperimenten gemacht hatte, glaubte ich, die fernere Anwendung des Jodols solchen Collegen überlassen zu dürfen, welche sich einer grösseren Zähigkeit und eines weniger mitgenommenen Optimismus erfreuen.

Ich habe nach unseren Versuchen die Ueberzeugung gewonnen, dass das Jodol ein viel schwächeres Antisepticum als das Jodoform ist, und wenn ich mich nicht täusche, auch schon aus dem Grunde gefahrlos sein dürfte, da unter diesen Umständen seine Anwendung wahrscheinlich eine sehr beschränkte bleiben wird. Ob übrigens ein Jodpräparat, welches nach dem Aufstreuen deutlich Jod abspaltet, so dass die Applikationsstelle ein bräunliches Ansehen gewinnt, gefahrlos bleibt, bedarf noch weiterer Bestätigung.

Die ausgezeichneten Thierexperimente von Dr. Marcus*) (Pyrmont) haben zwar nichts ergeben, was den unter dem poetischen Himmel Italien's gezeitigten extraordinären Jodolerfolgen direkt widerspräche, aber auch nichts davon bestätigt. In Bezug auf seine Gefährlichkeit constatirt Marcus, es sei „weniger giftig" als das Jodoform. (Der Ausdruck „weniger giftig" ist freilich sehr dehnbar.)

Aus der Czerny'schen Klinik zu Heidelberg, wo in Folge der warmen Empfehlungen des Apothekers Dr. Vulpius mit Jodol experimentirt wurde, entnehmen wir aus den Mittheilungen von Dr. Georg Benno Schmidt folgendes Resumé:

„Wenn auch das Jodol noch von dem Ideale eines Antiseptikum weit entfernt ist, denn seine minimale Löslichkeit in Wasser, sowie sein jetzt noch hoher Preis werden Viele veranlassen, ein anderes Mittel ihm vorzuziehen, so sind ihm doch keineswegs seine Vorzüge: die milde Art seiner Einwirkung, die Desodorisirung der Sekrete, die Vermeidung einer Schorfbildung, seine fast völlige Geruchlosigkeit abzusprechen.

*) *Berliner klinische Wochenschrift*, 24. Mai 1886.

Den grössten Vorzug würde es verdienen, wenn bei seiner Anwendung auch ferner jede Intoxicationserscheinung vermieden wird."

So scheint der einzige unbestrittene Vorzug vor dem Jodoform die Geruchlosigkeit zu sein. Diese kann man übrigens durch eine Reihe von Methoden auch bei letzterem leidlich erzielen. (Beiläufig erwähnt schwindet bei der Vermischung von Jodoform mit Lanolin auch ziemlich jeder Geruch.) Zur Gefährlichkeit des Jodoforms möchte ich noch ausserdem bemerken, dass dieselbe längst eine Fabel geworden ist.

Es gab eine Epoche der Jodoformembryologie, etwa zwischen 1881 und 1882, wo man im allgemeinen Jodoformfreudentaumel trotz des enormen Preises sich bis zu 120 Gramm *pro dosi* verstieg. Man konnte des Guten gar nicht zu viel thun und ich gestehe offen, dass ich als arger Jodoformenthusiast durch die früheren Mittheilungen des Archonten der Jodoformpraktik, des Herrn von Mosetig-Moorhof veranlasst, oft *horribile dictu*! zwischen 60 und 90 Gramm wohlmeinend auf so manche breite Fläche aufgestreut habe und trotzdem beschränkten sich die von mir in 2 Fällen beobachteten Intoxicationserscheinungen auf Jodoformgeschmack und Appetitlosigkeit, die auch wenige Tage nach dem Aussetzen des Jodoforms cessirten.

Nachdem man klug und weise geworden war, und der Anwendung des Jodoforms bestimmtere Grenzen anwies, also ungefähr seit 1882, sind meines Wissens keine Fälle von tödtlicher Jodoformvergiftung mehr berichtet worden.

Dr. von Mosetig-Moorhof hat unter circa 11,000 mit Jodoform behandelten Kranken keinen einzigen Vergiftungsfall erlebt.

Auch ich habe seit maassvollerer Anwendung auch nicht die leisesten Vergiftungserscheinungen beobachtet.

Freilich müssen bei der Jodoformtherapie eine Reihe von Cautelen beobachtet werden, so z. B. ist es bei Nierenerkrankungen contraindicirt. Ferner soll man zu grosse einmalige oder zu oft wiederholte Mengen meiden, namentlich wenn die aufsaugende Fläche sehr ausgedehnt ist oder viel Fettgewebe enthält, welches der Lösung oder Absorption des Mittels Vorschub leistet. Auch soll man nicht zu gleicher Zeit Carbolsäure anwenden, was ja auch bei der Jodoformbehandlung überflüssig ist Ich halte, *summa summarum*, das Jodoform für ein vorläufig unersetzbares, um nicht zu sagen ideales Antisepticum.

Die Therapie der Spinal-Sklerose. *)

Von Dr. E. C. Spitzka.

Da die Art der Gewebsveränderungen bei den verschiedenen Formen der Sklerose eine ähnliche ist, wenigstens in den späteren Stadien, da ihre Ursachen sogar dem Namen nach identisch sind und da die Indikationen, welche durch die hervorragendsten Symptome gesetzt werden ebenfalls analog, wenn nicht identisch sind, so basirt natürlich die Behandlung der verschiedenen Formen dieser Krankheit auf denselben Prinzipien. Es sind hauptsächlich zwei Gesichtspunkte, die bei der Behandlung chronischer Leiden dieser Art im Auge behalten werden müssen:

Erstens, die Heilung oder das Zum-Stillstand-Bringen des krankhaften Prozesses selbst und

* Nach vom Verf. gütigst überlassenen Aushängebogen von dem demnächst erscheinenden 5. Bande von „Pepper's *System of Medicine by American Authors.*"

Zweitens, die Behandlung oder doch die Besserung der quälenden und lähmenden Symptome.

Die Thatsache ist allgemein anerkannt, dass eine vollständige Heilung einer Sklerose mit unseren heutigen Hilfsmitteln nicht zu erreichen ist. Die Untersuchungen von Kahler und Anderen haben gezeigt, dass das Gewebe des Rückenmarkes, wenn es einmal degenerirt ist, nicht wiederhergestellt werden kann. Die Sektion verschiedener Fälle von Tabes, welche bei Lebzeiten der Patienten für geheilt gehalten wurden (Schultze) hat gezeigt, dass die Sklerose nicht behoben worden war; der Prozess war nur zum Stillstand gebracht und die scheinbare Genesung kam dadurch zu Stande, dass andere Nervenelemente für die zerstörten in Funktion traten.

Wenn es nun aber auch nutzlos ist, die Wiederherstellung zerstörter Fasern und Zellen zu versuchen, so ist doch das Aufhalten des Zerstörungsprozesses ein Ziel, welches des Anstrebens nicht lohnt, und zwar nur aus conservativen Gründen. Bei einigen Formen der Sklerose, speziell bei Tabes und der disseminirten Sklerose, ist bemerkt worden, dass die Axencylinder innerhalb des erkrankten Bezirkes theilweise intakt und theilweise nur wenig afficirt sind. Hie und da finden sich Gruppen von Nerventubuli, die sogar Myelin enthalten. Indem diese Nervenbahnen den Zufällen ausgesetzt sind, welche von ihrer Lage inmitten pathologischer Prozesse herrühren können, werden sie unter Umständen falsch oder gar nicht funktioniren, selbst wenn sie anatomisch intakt sind, genau so wie jeder Rückenmarksnerv im Körper durch Compression oder Anämie, gelähmt sein kann, obgleich seine Struktur nicht verändert ist. Würde die Aktivität des sklerotischen Prozesses jedoch zum Stillstand gebracht, so könnten diese ganz oder beinahe intakten Fasern ihre Thätigkeit wiederaufnehmen und dadurch eine scheinbare Besserung herbeiführen. Die spontanen Besserungen im Verlaufe der *Tabes dorsalis* und die weniger ausgesprochenen bei diffuser Sklerose in Verbindung mit der temporären Besserung der Sensibilität bei der ersteren und der Motilität bei der letzteren beweisen, dass Retrogressionen dieser Art möglich sind und vorkommen.

Wie kann nun der Arzt diese Thätigkeit der Natur nachahmen? Wie kann er dieselbe zu noch intensiverer Wirksamkeit bringen, so dass er eine permanente Besserung erzielt, wie sie die Natur ohne Kunsthilfe selbst nicht zu vollbringen im Stande ist?

Der erste Faktor, welcher hier in Betracht kommt, ist der: Die Ursache der Krankheit wegzuschaffen. In einer gewissen Anzahl von Fällen ist dieselbe in der Einwirkung von Kälte und Nässe und auch in Ueberanstrengung zu suchen. Diese Faktoren müssen also — wenn das nicht schon durch den Krankheitsverlauf geschieht — beseitigt werden. Eine grosse Anzahl von Tabes-Fällen — nach vielen Autoren sogar eine Majorität —, ziemlich viel Fälle von diffuser Sklerose und nicht wenige der anderen Formen stehen mit syphilitischer Dyskrasie in Verbindung. Hier ist von vorn herein eine klare Indikation für die Therapie gegeben, und wenn wir auch bei einer verhältnissmässig grossen Zahl von Fällen durch die Resultate der Behandlung enttäuscht sein werden, so ist doch so mancher sicherer und bedeutender Erfolg erreicht worden, dass es geradezu Pflicht des Arztes ist, in jedem derartigen Falle antisyphilitisch zu verfahren.

Die gleichzeitige Darreichung von Jodkali und Quecksilberpräparaten (*mixed treatment*) sollte daher bei chronischen Rückenmarkserkrankun-

gen längere Zeit hindurch konsequent vorgenommen werden. Die meisten an Tabes und Sklerose Leidenden, welche constitutionell syphilitisch sind, befinden sich in dem sogenannten tertiären Stadium, in welchem Jodkali weniger wirksam ist, als Quecksilber. Ich habe niemals einen Vortheil davon gesehen, wenn ich eins der beiden Mittel in heroischen Gaben bei weit vorgeschrittenen Fällen anwendete, und man sollte immer daran denken, dass die Wirkung zu grosser Gaben von Merkur auf die Nerven-Centren selbst schädlich ist.[1]) Bei Fällen, in denen gastrische Krisen, bedeutende Ataxie, Muskelatrophie und Blasenleiden lange bestanden haben, ist diese Behandlungsweise selten erfolgreich.[2]) Aber bei den frühen Anfangsstadien von Tabes und bei leichter diffuser Sklerose ist die Wirkung manchmal sehr zufriedenstellend, und zwar solcher Art, dass man sie nicht auf eine zu gleicher Zeit etwa eintretende spontane Remission der Krankheit zurückführen kann. In einem Falle stellten sich sowohl das Kniephänomen, wie die Pupillarreflexe wieder ein und verschwanden, als mit der Therapie zu früh ausgesetzt wurde; und bei Wiederaufnahme derselben stellte sich das Kniephänomen auf der einen Seite wieder ein und ist bis jetzt (seit einem halben Jahre) vorhanden geblieben. In einem zweiten Falle verschwanden die fulminanten Schmerzen und die Funktionsstörungen der Blase, ein mässiger Pupillarreflex trat wieder auf und der Patient erhielt sich die errungenen Vortheile während dreier Jahre.[3])

In einem dritten Falle, zweifellos eine Ataxie, in welchem luetische Knochenerkrankungen bestanden, ist der Pupillarreflex zweimal zurückgekehrt, da er nach dem ersten Wiederauftreten verschwunden war. Bei einem Falle kombinirter Sklerose, in welchem keine syphilitischen Antecedentien zu eruiren waren, ist die Parese der Arme behoben und die atactische Parese der unteren Extremitäten hat sich in solchem Maasse gebessert, dass der Patient mit geschlossenen Augen auf beiden (geschlossenen) Füssen, und mit offenen Augen auf einem Beine stehen kann — Handlungen, die er vor einem Jahre nicht auszuführen im Stande war. Solche Veränderungen, wie sie in diesen Fällen zu Stande kommen, finden in den verschiedenen Formen der Spinal-Sklerose nie spontan statt und müssen daher unbedingt der Therapie zu verdanken sein. Diese Art der Behandlung wird am besten mit warmen Bädern kombinirt. Die *Hot Springs* in *Arkansas*, diejenigen in *Las Vegas, New Mexico* und die *Aachener* Bäder erfreuen sich in dieser Hinsicht eines besonderen Rufes. Die Quellen in *Arkansas* erfreuen sich in Bezug auf den wirklichen Werth der Bäder, solcher vortheilhaften Eigenschaften, wie sie vielleicht keines der europäischen Bäder besitzt, aber die anderweitige ärztliche Behandlung[4]) ist noch weit von den vollkommenen Einrichtungen entfernt wie sie z. B. *Aachen* bietet.

[1]) Mendel fand bei seinen Experimenten mit Hunden, in denen er Gehirnerkrankungen durch Rotation bei gegen die Rotationsaxe gestelltem Kopfe erzeugte, dass Hunde, welche vorher subkutane Sublimat-Injektionen erhalten hatten, eine viel grössere Vulnerabilität durch die Wirkung des Rotationsapparates zeigten.

[2]) Eine bemerkenswerthe Ausnahme ist in dem Abschnitte über chronische Myelitis angeführt.

[3]) Es bestand eine concentrische Einschränkung aller Farbenfelder und nur centrale Perception der grünen Farbe; heute sind die Farbenfelder dieses Patienten sogar etwas ausgedehnter, als physiologisch normal. Der Fall war unzweifelhaft eine beginnende Tabes.

[4]) Nach einer Mittheilung eines Patienten wird die Quecksilbersalbe dort centnerweise verbraucht und in manchen Anstalten beschmieren sich die Kranken gegenseitig vom Kopfe bis zu den Füssen, als wie mit Schlamm, mit dieser Panacea für die Leiden, wegen derer sie zu den Heilquellen pilgern. Und trotzdem scheint

Atrophie des *Nervus opticus* ist jedoch nach dem Ausspruche der besten Autoritäten eine Contra-Indikation gegen den Gebrauch des Merkur in irgend welcher Form. Man kann es als Regel hinstellen, dass, je schneller sich die Symptome eines sklerotischen Prozesses entwickeln und je kürzere Zeit seit Beginn der Affektion verflossen ist, die Behandlung um so energischer sein sollte. Schmier-Kur und heroische Dosen von Jodkali sollten dann angewendet werden. In Fällen aber, die sich langsam entwickeln und die schon längere Zeit bestanden haben, ist ein milderes Verfahren erfolgreicher. Quecksilber[1]) in kleinen Dosen jahrelang konsequent und unausgesetzt und Jodkali in solchen Dosen, welche leicht vertragen werden zehn Tage lang mit zehntägigen Pausen, haben meiner Meinung nach das Weiterschreiten der Tabes und anderer sklerotischer Prozesse, während langer Zeiträume aufgehalten, wie dies in früheren Abschnitten berichtet worden ist.[2])

Obgleich nun die antisyphilitische Therapie in Sklerosen auf syphilitischer Basis von grösster Wichtigkeit ist, und obgleich die Prognose keinem dieser Fälle in Bezug auf Dauer und Genesung eine ungünstige genannt werden darf, ehe dieselben versucht wurden, so sollten die Maassregeln, welche in dem Kapitel über peripherische Behandlung aufgezählt sind, nicht unterlassen werden. Während nämlich schwere Fälle unter antisyphilitischer Behandlung sich schnell bessern, so werden doch andere viel leichtere und frische Fälle, in denen mit Recht dieselbe Ursache angenommen werden kann, von derselben in keiner Weise beeinflusst. Der Grund dafür ist uns unbekannt; jedoch muss man eben desshalb immer daran denken, dass man durch ausschliessliche Berücksichtigung des ätiologischen Faktor's werthvolle Zeit verlieren kann, in der man zugleich den symptomatischen Indikationen gerecht werden sollte.

Bei Sklerosis, welche nicht der Syphilis zugeschrieben werden kann, hat man eine ganze Anzahl von therapeutischen Maassregeln empfohlen, welche direkt auf das centrale Leiden wirksam sein sollen. Ergot wird — besonders bei Tabes — gegen alle sklerotischen Affektionen von vielen Autoren empfohlen. Da jedoch zugegeben werden muss, dass dieses Mittel selbst im Stande ist, Tabes zu erzeugen, so ist seine Darreichung in so grossen Dosen, wie sie von Manchen befürwortet werden, gar nicht so ungefährlich. Ich habe selbst einen Patienten gesehen, welcher sich bereits in einem vorgeschrittenen Stadium befand und der drei Wochen hintereinander das Mittel in solchen Mengen[3]) bekommen hatte, als einige Derjenigen, bei denen Tuczek die Entwickelung von Ergotin-Tabes beobachtet hatte.

Günstige Resultate werden nach dem Gebrauche desselben in den Anfangsstadien berichtet, besonders wenn Irritationszustände vorwiegend sind, wie blitzartige Schmerzen, Hyperästhesie und häufige Erektionen, und man hat angenommen, dass dieses günstige Resultat sei-

es, dass kolossale Quantitäten Quecksilber von den Badenden gut vertragen werden, während sie unter anderen Umständen in der unangenehmsten Art von demselben afficirt werden würden.

[1]) Die *Tablet Triturates* von Hydrargyrum bijodatum und Sublimat, wie sie von der Firma *Frazer & Co.* in New York geliefert werden, habe ich besonders brauchbar gefunden; in dieser Form kann man Dosen von $\frac{1}{100}$ Gran oder mehr alle 2 bis 3 Stunden geben.

[2]) Ich wende dieselbe Behandlung jetzt auch in Fällen an, die keine syphilitische Anamnese haben. Wenn irgendwelche Medikation auf die Proliferation von Bindegewebe überhaupt einen Einfluss hat, so kann es nur gerade diese sein.

[3]) Ein tüchtiger Ophthalmologe fand, dass die Gefässe der Retina, — die etwas erweitert waren, — von der Therapie gar nicht beeinflusst wurden.

ner Einwirkung auf die Blutgefässe zu verdanken sei, welche im Anfange der Krankheit congestionirt sind. Der Beweis für diesen Congestionszustand ist jedoch noch nicht geliefert worden; die Gefässe sind gewöhnlich sklerotisch und ihr Lumen verringert. In Anbetracht der unläugbaren Gefahr bei der Darreichung von Ergot gegen Tabes, darf man wohl darauf bestehen, dass die Indikationen dafür etwas mehr präcisirt werden, als dies bis jetzt geschehen ist. Man beobachtet gewöhnlich, dass während eine Tabes sich fortschreitend entwickelt, die lancinirenden Schmerzen zur selben Zeit verschwinden, wenn die Anästhesie zunimmt. Die anatomische Grundlage dafür soll in der Zerstörung derjenigen Nerven zu finden sein, deren vorheriges Irritationsstadium die Schmerzen verursachte. Wenn nun wirklich, wie behauptet wird — und wie thatsächlich der Fall zu sein scheint — Ergotin die lancinirenden Schmerzen bessert, so wäre dies eine vernichtende Offenbarung, da sie darthut, dass dies nach Art des Krankheitsprozesses selbst geschieht; nämlich, dass es die Sklerose befördert!

Dasjenige Mittel, welchem zuerst ein Einfluss auf die sklerotischen Erkrankungen zugeschrieben wurde und welches seinen Ruf erhalten hat, ist das *Argentum nitricum.*[1]) Dieser Ruf eines vorzüglichen Heilmittels wird am besten dadurch charakterisirt, dass ein Autor, der durchaus nicht gegen dasselbe eingenommen ist, und der die Ansprüche Wunderlich's, des hauptsächlichen Befürworters dieser Behandlung, anerkennt, das Argentum ein vortreffliches *Placebo* nennt?[2])

Ich habe niemals eine Wirkung von der Anwendung des Mittels bei Sklerosis gesehen, ebensowenig von Gold-Chlorid, das ebenfalls empfohlen wird; noch habe ich eine Wirkung in Fällen gesehen, in denen eins der Mittel oder beide von Anderen jahrelang konsequent gegeben worden waren. Dasselbe gilt von Barium-Chlorid, das ebenfalls sehr gelobt worden ist, allerdings auf sehr beschränkte Versuche bei disseminirter und diffuser Sklerose hin.

Die direkte Anwendung des galvanischen Stromes ist namentlich von Erb und Neftel[3]) sehr empfohlen worden.

Ich bin ausser Stande über den Gebrauch elektrischer Ströme von zwanzig Siemens'schen Zellen in aufsteigender Richtung etwas mitzutheilen, wie dies von Letzterem empfohlen wird; nur eine Erfahrung

---

[1]) Einer der ersten Patienten, bei welchen Wunderlich dieses Mittel versuchte, starb während ich in Leipzig studirte. Er hatte allgemeine Argyrie und Sklerosis der hinteren Stränge.

[2]) D. Leyden, Vol. II., p. 359.

[3]) Bei der Beschreibung eines Falles, in welchem dadurch die lancinirenden Schmerzen und die Blasenstörungen gebessert wurden, und ferner durch seine Anwendung an dem Kopfe Diplopie geheilt wurde — die übrigens nach amerikanischen, wie europäischen Autoren spontan verschwindet — macht dieser Autor die Bemerkung, dass *Tabes dorsalis* im Jahre 1869 den amerikanischen Medizinern unbekannt war. (*Archiv für Psychiatrie*, VII. p. 619.) Duchenne beschrieb die *Ataxie locomotrice progressive* in jenem und dem vorhergehenden Jahre; es war also wohl kaum nöthig von der Unbekanntschaft der amerikanischen Aerzte mit einer Krankheit zu sprechen, welche zur damaligen Zeit auf beiden Seiten des Ozeans noch nicht erkannt worden war. Leyden (*op. cit.* Vol. II, p. 325) gesteht offen ein, dass die deutschen Mediziner Anfangs sehr wenig geneigt waren, Duchenne's Formulirung dieses Krankheitsbegriffes anzuerkennen: Einen solchen Vorwurf kann man aber den amerikanischen Medizinern nicht machen, denn ich entsinne mich ganz genau aus dem Jahre 1870 der Vorstellung und Demonstration mehrerer ausgesprochener Fälle, welche die charakteristischen Symptome darboten, soweit sie damals bekannt waren. Die Krankheit wurde in amerikanischen Lehrbüchern und Journalen so früh anerkannt, wie in denjenigen irgend eines anderen Landes.

habe ich darüber, welche in der Praxis eines Collegen vorkam. Derselbe schickte mir einen Patienten zu, weil ihm Folgendes — worüber er sehr besorgt war — mit demselben passirt war:

Der Patient litt an *Tabes dorsalis*; die Symptome beschränkten sich auf die unteren Extremitäten, den *Nervus ulnaris* und die Pupillen; Gürtelgefühl in dem unteren Thorax; Ataxie und lancinirende Schmerzen waren gering. Nach einmaliger Anwendung eines Stromes von 22 Zellen während zehn Minuten, fühlte der Patient plötzlich einen heftigen, dumpfen Schmerz im Hinterhaupte und fürchterliche, lancinirende Schmerzen in dem Bereiche der Occipitalnerven. Zugleich flimmerte ihm Alles vor den Augen und bei meiner späteren Untersuchung fand ich, dass das Gürtelgefühl nach dem Halse hinauf gegangen war. Die Coincidenz war eine solche, und es sind plötzliche Wechsel in den Vertheilungsbezirken der tabischen Symptome so ungewöhnlich, dass ich die zu beobachtenden Veränderungen der Behandlung zuschreiben musste.

Erb empfiehlt die Anwendung so starker Ströme nicht. Aber selbst der grösste Sanguiniker in Bezug auf Elektrotherapie muss zugeben, dass die Art der Wirkung galvanischer Ströme auf das Rückenmark noch sehr ungewiss bleibt. Es ist fraglich, ob schwache Ströme genügend Stromschlingen abzweigen um das Mark zu erreichen und auf dasselbe wesentlich einzuwirken. Was nun Ströme anbelangt, die stark genug sind, um eine Wirkung auszuüben, so wissen wir nur in sehr oberflächlicher und empirischer Weise, worin diese Wirkung eigentlich besteht. Erb gebraucht sehr grosse Elektroden; die Kathode ist etwas kleiner als die Anode. Erstere wird permanent über dem oberen Cervical-Ganglion des Sympathicus einer Seite aufgesetzt, während die letztere auf den Halswirbeldornen der anderen Seite langsam abwärts bewegt wird: die Sitzung darf nicht länger wie drei Minuten dauern. Dies wird täglich oder einen Tag um den anderen vorgenommen.[1])

Es würde beweisen, dass diese Behandlungsmethode auf den Krankheitsprozess wirklich heilend einwirkt, wenn irgend welche der wohlbekannten feststehenden Symptome, wenn auch noch so gering, durch dasselbe beeinflusst würden. Wenn nach Galvanisirung des Halsmarkes und des Sympathicus die Myosis bei Beginn der Tabes zeitweilig geringer würde oder der Pupillarreflex, wenn auch nur auf kurze Zeit, sich wieder einstellte, dann wäre die Zukunft der Elektrotherapie vielversprechender als sie es jetzt ist.[2])

Externe Therapie.—Eine Anzahl therapeutischer Maassregeln findet in den Fällen äusserliche Anwendung, in denen die Symptome der sklerotischen Prozesse lokalisirt sind. Das Prinzip, nach welchem dabei gehandelt wird, beruht auf der Annahme, dass periphere Zustände die Ernährung und die Funktion des Markes modifiziren können.

Diese Annahme ist nicht nur durch eine Menge Beobachtungen bei normalem Rückenmarke bewiesen, sondern sie wird auch durch die Rolle

---

[1]) Warum die häufigere Anwendung dieser Prozedur, wenn sie wirklich heilend oder doch palliativ wirksam und ohne üble Folgen ist, nicht empfohlen wird, bin ich ausser Stande zu erklären oder zu verstehen. In der Elektrotherapie spielen Faktoren mit, welche man nicht gut diskutiren kann ohne Staub aufzuwirbeln.

[2]) Bei gesunden Personen wird das Kniephänomen verstärkt durch Anwendung des aufsteigenden Stromes am Rückenmarke, und diese Beobachtung kann möglicherweise eine rationelle Basis für den Gebrauch desselben in solchen Fällen abgeben, in denen das Kniephänomen fehlt oder verringert ist.

illustrirt, die eine Kälteeinwirkung auf die allgemeinen Hautdecken als ätiologischer Faktor bei vielen akuten und chronischen Rückenmarkskrankheiten spielt. Trotz des letzterwähnten Umstandes werden kalte Rückendouchen von einer grossen Zahl bedeutender deutscher Neurologen für diese Leiden empfohlen. Ich habe mit warmen Bädern so ausgezeichnete Resultate gehabt, dass ich zur Vertheidigung meiner Ignoranz in Bezug auf die Wirkung kalter Bäder nur anführen kann, dass ich es nie gewagt habe, sie anzuwenden. In vielen Fällen tritt die Wirkung warmer Bäder augenblicklich ein. Wärme in irgendwelcher Form, gleichviel ob atmosphärische oder die des warmen Bades, ist den an den verschiedenen Arten von Sklerose Leidenden gewöhnlich angenehm. Kälte ist ihnen andererseits unangenehm, verschlimmert die Symptome und beschleunigt, in vielen Fällen wenigstens, den Krankheitsprozess. Jeder Winter, den der Patient in der Breite von New York oder Boston verbringt, ist ein thatsächlicher Schaden und ein Aufenthalt in Süd-Californien, New Mexiko, Florida oder Westindien während der kalten Jahreszeit ermöglicht es, diesen Verlust zu vermeiden. Was die Wahl des Klima's und der Bäder anbelangt, so bin ich geneigt, Indikationen im Allgemeinen kurz dahin zu formuliren, dass dieselben mit denjenigen für chronischen Rheumatismus identisch sind. Die Reaktion, welche in Deutschland gegen den Gebrauch warmer Bäder[1]) eingetreten ist, rührt daher, dass man zu hohe Temperaturen angewendet hat. Wirklich heisse Bäder mit Einschluss der Dampf- und Luftbäder wirken ungünstig. Sie vermehren die Reizzustände anstatt sie zu verringern, wie dies mässig warme Bäder thun, und sie führen einen zu schnellen Wechsel im körperlichen Zustande des Patienten herbei. Dass es zur Zeit nicht rathsam ist, weder das eine noch das andere Extrem anzuwenden, wird durch die Beobachtungen Richter's (Dalldorf) bewiesen, welcher sehr entmuthigende Resultate von dem Gebrauche kalter Bäder bei *Tabes dorsalis* gesehen hat. Man darf sich nur der Thatsache erinnern, dass die lancinirenden Schmerzen bei der genannten Krankheit, die Steifigkeit bei diffuser Myelitis und die Spasmen bei Lateral-Sklerose gewöhnlich am schlimmsten bei kaltem Wetter sind, und dass die erwähnten Krankheiten in warmen Ländern selten zu sein scheinen, um in Bezug auf Anwendung derjenigen therapeutischen Maassregeln zur Vorsicht zu ermahnen, welche in ihrer Wirkung — selbst wenn dieselbe nur momentan ist und ihr eine Reaktion folgt — denjenigen ähnlich sind, die die Krankheit ursprünglich hervorrufen oder doch verschlimmern. Eulenburg hat fünf Fälle von Tabes genesen sehen, und unter so verschiedenen therapeutischen Methoden, dass er die besprochene nicht für das gute Resultat verantwortlich macht. Drei Fälle wurden mit warmen Bädern, einer mit kalten und einer mit *Argentum nitricum* behandelt. Wie man sieht wurden die warmen Bäder häufiger mit guten Resultaten angewendet, als die kalten.

Eine der sonderbarsten Täuschungen in der modernen Therapie — die Nervendehnung ist — im Einklange mit den Prophezeihungen so Mancher auf beiden Seiten des Ozeans — wieder verlassen worden. Von Langenbuch,[2] einem Chirurgen, eingeführt, greift dieselbe die Krankheit am *Nervus sciaticus* an — wo bekanntlich gar nicht der Sitz derselben ist — und wurde desshalb von Anfang an mit Misstrauen be-

[1]) Die Schlammbäder von Cudowa in Galizien hatten einen grossen Ruf.

[2]) Zacher, *Archiv für Psychiatrie*, XXV., p. 430.

trachtet. Der Enthusiasmus, mit welchem die Operation von den Chirurgen und den betheiligten Laien aufgenommen wurde — wie denn überhaupt Tabiker stets auf neue Mittel und Methoden grosse Hoffnung setzen — hat dazu geführt, dass sie in einer grossen Anzahl von Fällen (mehreren Hundert) ausgeführt wurde; man kann daraus die gute Lehre ziehen, dass wirklich Gutes sich nur langsam Bahn bricht.

Die Nervendehnung bei organischen Rückenmarkserkrankungen darf zu den überflüssigen Vivisektionen gerechnet werden; sie hat in keinem einzigen Falle den Fortschritt der Krankheit in irgend einem wesentlichen Punkte aufgehalten. Im Gegentheile, sie muss in mehr als einem Falle für akute Myelitis, Rückenmarks-hämorrhagie und Pyämie verantwortlich gehalten werden. In einer Anzahl Fälle, welche von Langenbuch,[1]) Benedict, Erlenmeyer, Schwenninger, Debove und J. W. Morton berichtet worden sind, wurde die Ataxie des Patienten als behoben berichtet. Bei einem Falle, welchen der letztgenannte Operateur der *Am. Neurological Association* vorstellte, war dies deutlich wahrnehmbar; aber das kam nicht daher, dass die ursprüngliche Krankheit beeinflusst worden war, sondern von derselben Ursache, welche die Ausbildung markirter Ataxie bei kombinirter Sklerose verhindert. Gerade wie die Lateralsklerose die Ataxie aufhält, welche durch Sklerose der Hinterstränge verursacht wird, so neutralisirt die motorische Paralyse, welche durch Dehnung des Ischiadicus hervorgebracht wird, die auffallenden Erscheinungen des ataktischen Ganges. Sobald die Parese behoben ist, kehrt die Ataxie in der früheren Ausdehnung zurück, wenn nicht glücklicher Weise eine der üblichen spontanen Besserungen eintritt. Als therapeutische Maassregel beschränkt sich die Nervendehnung gegenwärtig, wie sich's gehört, auf peripherische Nervenleiden. Eins der brauchbarsten peripherischen Mittel in sklerotischen Prozessen ist die faradische Drahtbürste. Sie wirkt sowohl schmerzstillend, als wie auch die Anästhesie bessernd. Eine Anzahl der an Tabes Leidenden, von denen ich berichtete, dass sie während längerer Zeiträume nicht schlimmer geworden seien, besitzen eine tragbare faradische Batterie und wenden die Bürste sofort auf den Stellen an, in denen die bohrenden Schmerzen auftreten, sowie sie beginnen; dies bringt ihnen sofort Erleichterung. Wie Rumpf[2]) gezeigt hat, wird das Raumgefühl bei Gesunden viel feiner und bei tabischen Patienten besser, wenn diese Prozedur konstant vorgenommen wird. Und wenn auch die Incoordination bei Tabes theilweise von der Hautsensibilität unabhängig ist, so wird jene doch gemildert, wenn diese sich verfeinert — ein Resultat, was dann und wann durch den fortgesetzten Gebrauch der Drahtbürste erzielt wird.

Es ist eine oft gemachte Beobachtung, dass Personen, welche an Tabes und anderen Formen der Sklerose leiden, bei denen Ataxie vorhanden ist, in Strümpfen oder in Hausschuhen viel besser gehen können, als in den beim Ausgehen üblichen Stiefeln und Schuhen. Der Grund ist einleuchtend. Des Patienten Gang ist durch die Krankheit beeinträchtigt, und ob nun die Ataxie eine reine Coordinations-Störung ist oder nicht, so ist doch die subjektive Unsicherheit beim Betreten des Bodens, an welcher die meisten Ataktiker leiden, ein erschwerender Faktor. Unsere moderne Fussbekleidung mit unbiegsamer Sohle und erhöhter Hacke bereitet dem Patienten grosse Hindernisse und be-

[1]) Westphal wies durch Autopsie in dem ersten erfolgreichen Falle Langenbuch's nach, dass gar keine Rückenmarksläsion existirte.

[2]) Bericht einer Diskussion im *Neurol. Centralbl.* 1885, p. 526.

raubt ihn selbst des geringen Maasses von taktiler Fähigkeit, das er noch haben mag.*) Der Gebrauch von Schuhen mit niedrigen Hacken und biegsamen Sohlen ist daher sehr vortheilhaft.

Der Tremor bei Sklerosen, speziell bei der disseminirten Form bildet in Folge seiner quälenden Natur einen Hauptgegenstand spezieller Behandlung. Bromsalze sind angeblich mit guten Erfolge dagegen gegeben worden, was ich nicht bestätigen kann. Curare hat bei einem Patienten Erlenmeyer's den Tremor auf zwei Tage zum Verschwinden gebracht. Ich habe vom aufsteigenden galvanischen Strome sehr gute Wirkungen gesehen; derselbe wird während längerer Sitzungen an Kopf und Hals angewandt und allmälig verstärkt bis er gerade noch erträglich ist und ebenso langsam wieder bis zum Nullpunkte verringert. Mydriatica, wie Atropin und besonders Hyoscyamin heben den Tremor zeitweise vollständig auf; leider ist es aber dazu nothwendig nahezu toxisch wirkende Dosen zu geben. Ferris hat neuerdings Veratrum in Dosen von 0,0005 aller 4 bis 5 Stunden empfohlen. Es wirkte zwar bei allen Fällen, bei denen ich es versuchte, sehr gut, doch musste ich die Dosis vergrössern und es ergab sich dann derselbe Nachtheil, wie bei Hyoscyamin. Alle diese Mittel sollten nur im Nothfalle gebraucht werden; sie können der Natur der Sache nach nicht heilend wirken, während ihr fortgesetzter Gebrauch eine Toleranz schafft, die sie in demselben Maasse werthlos macht, als der Krankheitsprozess vorwärts schreitet.

Behandlung der speziellen Symptome und der Komplikationen. — Eines der quälendsten Symptome vieler sklerotischer Leiden sind die Schmerzen, welche gewöhnlich mit Schlaflosigkeit vergesellschaftet sind. Die fulminante Form derselben wird oft durch das Glüheisen behoben, wenn dasselbe im Niveau der affizirten Stelle des Rückenmarkes und den betr. Nerven entlang applizirt wird. In den meisten Fällen jedoch wird man zum Morphium greifen müssen. Erb warnt vor dem Gebrauche dieses Mittels in Fällen wo bedeutende Reflexirritabilität des Markes besteht, da Morphium diese Irritabilität in kleinen Dosen verschlimmern soll und sie nur in grossen Dosen wieder verringert. Doch sind nur letztere bei Schmerzanfällen von Nutzen, und ich habe von solchen Dosen, wie man sie geben muss, noch nichts von den von Erb befürchteten schädlichen Wirkungen gesehen. Dass der Arzt auf der Hut sein soll, um eine Gewöhnung an das Mittel zu verhüten, versteht sich von selbst. Doch ist es wohl unnöthig hier auszuführen, welche Alternative er wählen soll, wenn die Wahl an ihn herantritt, zwischen Morphiumsucht einerseits und dem entsetzlichen Martyrium anderseits, welches manche Patienten zu ertragen hätten, wenn man ihnen den Gebrauch des Mittels ver-

*) Die Frage, ob *Tabes dorsalis* eine Civilisations-Krankheit ist, ist meines Wissens noch nie erörtert worden. Myelitis, chronische sowie akute, kommt bei den niederen Thieren wenn auch selten vor; ebenso Dilatation des Centralkanales und congenitale Defekte des Rückenmarkes. Von *Sclerosis spinalis posterior* kann ich in der gesammten Veterinär-Pathologie nichts finden. Der Einfluss der Unterdrückung aller normalen Hilfsmittel der Fortbewegung durch die civilisirte Form der Fussbekleidung als ein möglicher prädisponirender Faktor in der Aetiologie der Ataxie ist ein Gegenstand berechtigter Untersuchung. Der Umstand, dass die Kinder civilisirter Eltern so spät laufen lernen, mag, wie manche Forscher behaupten, eine Kompensation sein für die ausserordentliche Entwickelung höher ausgebildeter Inhibitions-Centren. Welche Rolle hat nun aber die künstliche Abstumpfung der Sensibilität in den Fusssohlen und der Flexibilität der den Fuss zusammensetzenden Gelenke in Bezug auf dieses ererbte Moment gespielt? Welchen Einfluss hat sie in Bezug auf eine pathologische Vulnerabilität gehabt?

weigerte.[1] Die unangenehme Wirkung der Opiumpräparate auf die Eingeweide muss so viel wie möglich durch Darreichung von *Amaris* und Laxantien neutralisirt werden.

Die tief-sitzenden Schmerzen, wie sie bei disseminirter und diffuser Sklerose vorkommen werden durch Opium nicht so stark beeinflusst, wie die bohrenden und blitzartigen Schmerzen. Oft sind spastische oder andere Anzeichen einer vermehrten Reflex-Excitabilität damit verbunden; da beide von den Bromsalzen günstig beeinflusst werden, so sind dieselben bei diesen Zuständen zweifach indizirt.

Gegen Schmerzen rheumatischen Charakters wird statische Elektrizität empfohlen. Ohne Zweifel mildert dieselbe diese Schmerzen, ähnlich wie richtig angewendeter Galvanismus. Ihre hauptsachlichste Wirkung, wie mir nach Versuchen während eines halben Jahres scheinen will, übt sie auf die Einbildung und die Hoffnungsfreudigkeit der Patienten aus.[2])

Bromsalze und Campher[3]) werden gegen den obstinaten Priapismus empfohlen, der in den Anfangsstadien der Tabes und in transverser Myelitis dann und wann vorkommt. Ich habe gegen diesen Zustand viel bessere Resultate von warmen Sitz- oder Vollbädern gesehen, als wie von irgend einer Drogue. Im Allgemeinen sollte die Ausübung des Geschlechtsaktus, wenn es die Folgen der Krankheit nicht schon selbst mit sich bringen, möglichst beschränkt werden. Die Häufigkeit normaler Samenergüsse dient in jedem Falle zur Richtschnur in Bezug auf diese Erlaubniss. Wo auch nur die geringsten Anzeichen von Reizung oder Degeneration des oberen Lendenmarks bestehen, da sollte geschlechtlicher Umgang vollständig verboten werden, denn unter solchen Umständen könnte kein grösserer Schaden die geschwächten Centren treffen. Das gilt besonders für diejenigen Fälle von *Tabes dorsalis*, bei denen Satyriasis eins der frühesten Symptome ist.

Die Therapie der Blasenstörungen und der aufgelegenen Stellen am Rücken ist dieselbe, wie sie in dem Abschnitt über akute Myelitis angegeben worden ist. Hammond empfiehlt gegen die letzteren ein stabiles galvanisches Element aus Zink und Silber in Plattenform, die durch einen wie üblich isolirten Draht verbunden sind. Die Silberplatte legt man auf den Dekubitus und die Zinkplatte wird, mit einem feuchten Lappen bedeckt, auf eine gesunde Hautstelle in der Nachbarschaft gelegt. Es entsteht dann ein schwacher Strom, dessen stimulirende Wirkung die Heilung sehr rasch herbeiführt. Ich habe mit Hülfe dieser Vorrichtung ausgezeichnete Erfolge bei indolenten Beingeschwüren gesehen. Doch scheint dieselbe noch nicht bei bösartigem Dekubitus probirt worden zu sein.

Was die Behandlung der Muskelatrophieen mit Elektrizität, Massage

[1]) Wenig Rückenmarkleidende gebrauchen schmerzstillende Mittel habituell; Opium und seine Präparate besitzen für die meisten Leute keinen Reiz. Andrerseits habe ich jetzt zwei Fälle von *Tabes dorsalis* unter Beobachtung, in welchem beide Patienten subkutane Einspritzungen von Magendie's Lösung seit 2 resp. 3 Jahren machen ohne irgend wesentliche schlechte Wirkung.

[2]) Ein grosser, nach dem neuesten Muster eingerichteter, mit allen Verbesserungen versehende Apparat ward mir auf der Nervenabtheilung des *Metropolitan Throat Hospital* zur Verfügung gestellt. Derselbe war bei Rheumatikern sehr beliebt — deren eine ganze Anzahl auf der Abtheilung behandelt worden waren, wie ich sie übernahm — und bei einem an paretischer Demenz Leidenden, der an den rheumatoiden Schmerzen litt, welche so häufig in diesen und verwandten Krankheitsfällen gefunden werden.

[3]) Besonders das *Monobromate of Camphor*.

und Strychnin anbetrifft, so geschieht das nach denselben Regeln, wie sie in dem Abschnitte über myopathische Atrophieen niedergelegt worden sind. Doch soll besonders darauf aufmerksam gemacht werden, dass nur wenige Autoren das Darreichen von Strychnin in sklerotischen Affektionen befürworten und noch weniger in so grossen Dosen, wie sie in atrophischen Prozessen von Nutzen sind.

Faradisation der affizirten Augenmuskeln ist oft von Nutzen in Diplopie. Der Strom kann durch eine hohle Augenelektrode oder noch besser durch den Finger als Elektrode applizirt werden.

Das moralische Régime ist bei den an sklerotischen Rückenmarksleiden Erkrankten von grosser Wichtigkeit. Die allgemein verbreitete Ansicht ist die, dass die Ankündigung eines Rückenmarksleidens auf den Patienten ebenso erschreckend einwirkt, wie die eines Gehirntumors oder des Magenkrebses. Das soll man allerdings vermeiden. Eine grosse Anzahl der von Sklerose Ergriffenen lebt länger und leidet weniger Schmerzen, als ein grosser Theil der Gicht- und Rheumatismuskranken; und der Arzt thut wohl daran, sich die so sehr wünschenswerthe Einwirkung zu sichern, welche ein hoffnungsvoller oder etwas resignirter Geisteszustand unzweifelhaft auf den Körper hat, indem er dem Patienten gegenüber gerade auf diesen Umstand ein grosses Gewicht legt.

REFERATE.

Innere Medizin, Therapie und Pathologie.

Wm. S. Whitwell. — A case of successful transfusion in Typhoid fever. — *Pacific Med. and Surg. Journal*, April 1886. (Gehalten vor der *San Francisco County Medical Society.*)

Ein 32-jähriger Mann hatte am 15. August 1885 einen Schüttelfrost und kam am 26. ins französische Hopital in San Francisco unter W.'s Beobachtung. Das Krankheitsbild war das eines leichten Typhus (wenige blutige Stühle und Epistaxis) und vom 31. August bis zum 5. September war fast gar keine Temperaturerhöhung zu konstatiren. Trotzdem wurde striktes diätetisches Verfahren etc. beibehalten. Vom 5. an begann die Temperatur zu steigen und erreichte am 8. 106° F. Trotz aller antipyretischen Maassregeln war es nicht möglich die Temperatur unter 103° herabzudrücken. Hypostatische Congestionen drohten und wurden durch öfteres passendes Wechseln der Lage, heisse Umschläge, Digitalis etc., glücklich abgewendet.

Nun fiel auch die Temperatur; am 15. war sie 101¾°. Jedoch begann der Kranke blutige Stuhlgänge zu haben, etwa drei täglich, die jeder Behandlung trotzten. Am 21. trat eine so profuse Blutung ein, dass W. sich zur Transfusion entschloss. Dieselbe wurde von Dr. C. Max Richter, Dr. W. C. Whitwell und Dr. A. P. Whittell vorgenommen. Dies geschah um 9 Uhr Morgens; der bereits ziemlich exsanguinirte Patient hatte in den vorhergehenden fünf Stunden noch etwa 18 Unzen (550 Gramm) Blut verloren. Es wurden im Ganzen etwa 15 Unzen (450 Gramm) Kochsalzlösung in die *Vena mediana* des linken Armes einlaufen gelassen. Während der Infusion wurde der Gesichtsausdruck des P. ein sehr ängstlicher, der Radialpuls setzte völlig aus, die Respiration wurde schnell und schien sehr erschwert zu sein. Ein

völliger tödtlich enden sollender Kollaps trat ein. Grosse Gaben von *Whiskey* machten zwar den Puls wieder fühlbar; doch war er sehr klein. Die Ohren waren wachsfarben und das schmutzig-gelbe Gesicht zeigte die *Facies hippocratica*. W. liess nun den Aveling'schen Transfusionsapparat bringen und unter Assistenz von Dr. Whittell und Dr. Kerr wurden 6 Unzen (180 Gramm) Blut aus dem Arme des Krankenwärters in den des P. übergeführt. Dies dauerte nur wenige Minuten; aber, obgleich die Athmung wieder keuchend wurde, blieb der Puls doch ungestört. Vorher hatte W. 15 Gran (1 Gramm) Ergotin (Bonjean) in die Bauchdecken gespritzt. Dies wurde um 8 Uhr wiederholt (und die ganze folgende Woche fortgesetzt). Starker schwarzer Kaffee und McMunn's *Elixir of Opium* brachte endlich um 12 Uhr die Reaktion. Der kalte Schweiss verschwand und die Haut wurde trocken und warm. Die Temperatur blieb zwischen 101° und 102°. Nur am 26. stieg sie in Folge eines Anfalles von Bronchitis auf 104½°. Vom 4. Oktober an war sie beinahe normal, bis am 7. nochmals ein Rückfall vor der Thüre schien. Doch fiel nach Darreichung eines Laxativs von *Blue Mass*, die T. auf die Normale zurück.

In der Epikrise weist W. darauf hin, dass die Kochsalzlösung — Infusion zwar zum Anfüllen der Gefässe und der Herzhöhlen sehr dienlich ist und in seinem Falle gewiss primär lebensrettend wirkte, dass aber die Transfusion des nicht defibrinirten Blutes zur Verbesserung des schlechten Blutes absolut nöthig war. Die Coagulationsfähigkeit wurde dadurch erhöht und so konnten sich in den blutenden Darmgefässen Thromben bilden, welche weitere Blutungen verhinderten. Natürlich spricht er dem Ergotin ebenfalls eine wichtige Rolle zu; auch die vorzügliche Nahrungsresorption war ein sehr günstiges Moment.

W. ist der Ansicht, dass, wenn auch vielleicht durch kräftigere Antipyrese das Fieber weiter herabgedrückt hätte werden können, doch die von Vielen hochgepriesene Methode der kalten Bäder in diesem Falle höchstwahrscheinlich eine Darmcongestion herbeigeführt hätte, die den Tod herbeiführende Hämorrhagien verursacht haben könnte.

Dr. N. M. Baskett. — Addison's Disease associated with gastric ulcer and perforation of the Stomach. — Post-Mortem. — *St. Louis Courier of Medicine*, June 1886. — (Gehalten vor der *Missouri State Medical Association*.)

Ein 45-jähriger Mann wurde als Applikant für eine Lebensversicherungs-Police von B. nur oberflächlich untersucht, weil es schien, als ob in seiner Familie einige Fälle von Phthise vorgekommen seien. B. bedeutete ihm, sich genauer zu erkundigen und sich dann wieder zu einer gründlichen Untersuchung zu stellen. Er versprach dies zwar, ging jedoch zu dem untersuchenden Arzte eines anderen Ordens, der ihn aufnahm. Er hatte dem Letzteren mitgetheilt, dass in seiner Familie kein Fall von Auszehrung vorgekommen sei. Ausserdem hatte er erklärt, dass er sich völlig wohl fühle und ununterbrochen sein Geschäft (Klempner) betreibe.

Einige Monate später liess er sich von einem dritten Arzte behandeln, der die Diagnose auf Magenkrebs stellte. Trotzdem arbeitete der Mann bis etwa drei Wochen vor seinem Tode ruhig weiter. Während dieser Zeit (etwa ein halbes Jahr lang) klagte er über heftige Schmerzen in der Magengegend. Er brach wenig und niemals blutige Massen. Am 19. März starb er, nachdem er im vorhergehenden Monate

seine Police ausgestellt bekommen hatte. Die Auszahlung derselben wurde verweigert. Der vom behandelnden Arzte ausgestellte Todtenschein besagte, dass P. an Krebs des Magen's und vielleicht auch der Nieren gelitten. Der Arzt, welcher ihn zur Versicherung tauglich befunden, behauptete, dass P. unmöglicherweise zur Zeit seiner Untersuchung an Magenkrebs gelitten, jedenfalls aber die verschiedenen Fragen nicht wahrheitsgetreu beantwortet habe. Diese verschiedenen Umstände kamen erst nach seinem Begräbnisse zur Sprache und wurde desshalb auf Veranlassung des untersuchenden Arztes die Leiche exhumirt und die Sektion vorgenommen.

Sektionsbericht vom 25. März 1886. Anwesend: Dr. Baskett, Dr. Irwin und Hickerson.

Guterhaltene Leiche; dunkelgelbliche Hautfarbe; eingefallene Wangen, sehr herabgekommenes, kachektisches Aussehen. Sehr wenig *Panniculus adiposus*. Das Peritoneum erscheint blass und blutleer, aber sonst normal.

Die Organe des Thorax gesund; Herz etwas atrophisch.

Das Omentum blass, aber normal; zeigt ebenfalls sehr wenig Fett. Milz wenig vergrössert, etwas hyperämisch und mürbe. Leber blass, aber gesundaussehend. Gallenblase normal, mit gesunder Galle angefüllt. Die Gedärme bieten nichts Abnormes.

Der Magen ist hyperämisch und zeigt entzündliche Veränderungen. Die Wandung ist dann atrophisch, die Drüsen der *Mucosa* sind fast vollständig verschwunden.

Auf der hintern Magenwand befand sich 1½ Zoll von der Cardia ein Geschwür, welches perforirt hatte. Der Oesophagus war in entzündlichem Zustande bis etwa 7 Zoll oberhalb der Cardia. Die ganze innere Schleimhautsfläche des Magens war mit Eiter überzogen und erschien dadurch grünlich-gelb verfärbt. Etwa zwei Esslöffel davon flossen durch die perforirte Stelle aus, als der Magen herausgenommen wurde.

Beide Nebennieren befanden sich in dem Zustande, welcher (nach Wilks) für das dritte Stadium der Krankheit charakteristisch ist, d. h. sie schienen aus gelben Tuberkeln, die in Schmelzung begriffen, zu bestehen und waren bereits wieder zu normaler Grösse zusammengeschrumpft. Die rechte war namentlich bereits in eine rahmige, eitrige Flüssigkeit verwandelt, welche beim Durchschneiden der Kapsel herausquoll.

Die Nieren gesund; Blase nicht untersucht, weil keine Symptome auf Erkrankung dieses Organes gedeutet hatten.

Der untersuchende Arzt empfahl, die Police für ungültig zu erklären.

In der Epikrise weisst B. darauf hin, dass die Kombination von Addison's Krankheit und Magengeschwür noch nicht vorgefunden worden ist. Flint behauptet, dass die degenerativen Prozesse der *Mucosa* des Magen-Darm-Kanales bei dieser Krankheit auf Rechnung der Anämie zu setzen seien, welche stets ein so prominentes Symptom derselben bildet.

Obgleich weder im Omentum noch sonst in der Peritonealhöhle entzündliche Veränderungen vorhanden waren, hält es B. doch für wahrscheinlich dass die Perforation die unmittelbare Todesursache war. Er führt jedoch an, dass Wilks besonders darauf hinweist, wie diese Kranken oft wochenlang in einem Zustande grosser Schwäche sich befinden, und dann plötzlich sterben. (Ref. möchte behaupten,

dass wenn die Perforation überhaupt prämortal war, sie nur durch *Shock* zur Todesursache hätte werden können, da keine Spur von Peritonitis vorhanden war. Der grosse Schwächezustand macht dies wenigstens plausibel.)

Die bemerkenswerthesten Punkte sind folgende:

1. Die seltene Kombination der betr. Krankheiten.
2. Die Täuschung in Bezug auf Diagnose; die Verdauungsstörungen, etc., liessen die Hautfarbe als Carcinom-Kachexie deuten.
3. Die Möglichkeit bei solchen Schwächezuständen körperliche Arbeit zu verrichten.
4. Die Maskirung der eigentlichen Krankheit durch die auf den Magen deutenden Symptome.
5. Das Uebersehen schwerer Erkrankungen bei Untersuchungen für Lebensversicherungs-Gesellschaften. (Ist allerdings unbegreiflich.)
6. Das Bestreben sonst vielleicht rechtlicher Leute, schwere Leiden zu verheimlichen, wenn sie ihre Familie sicherstellen wollen, weil sie einen tödtlichen Ausgang befürchten.

Dr. E. Chenery. — Bilious Vomiting. — *New England Med. Monthly*, June 15, 1886.

Nach Ansicht des Verf. ist das Erbrechen von Galle, wenn dieses in Verbindung mit Gastralgie das erste und hauptsächlichste Symptom der Erkrankung bildet, nur der Anhäufung von Kothmassen im Dünndarm und Regurgitiren der Galle in den Magen zuzuschreiben. C. giebt zwei grosse Dosen Calomel, dann und wann mit Crotonöl, zur selben Zeit Clystiere, u. U. Eingiessungen durch ein Mastdarmrohr, bis Stuhl erfolgt ist; auch wird so lange *per rectum* ernährt.

Er berichtet einen Fall, in welchem Carcinom des Colon an der Vereinigungsstelle zwischen transversem und absteigendem bestand und durch Anhäufung von Kothmassen im Dünndarm und Cholestearin im Duodenum unstillbares Galle-Brechen eintrat; zwar konnte die durch das Carcinom gesetzte Obstruktion nicht passirt werden, aber es wurden die Koth- und Cholestearinmassen in das Colon herabgeführt (wie die Sektion zeigte). Bei rektaler Ernährung bestand verhältnissmässige Euphorie, da bis zu dem mehrere Wochen später erfolgenden Tode kein Erbrechen von Galle wieder eintrat.

Dr. R. Leamann (Philadelphia). — A case of enormously enlarged heart, with patent Foramen ovale, illustrating the law of compensation. — *Phil. Med. Times*, June 26, 1886.

Das Herz eines 38jährigen Mannes wog 33 Unzen (1,000, g.); das *Foramen ovale* war nicht vollständig geschlossen, die Kammern dilatirt, die Aortaklappen atheromatös verdickt. Leber zeigte rothe Atrophie; Nieren normal, wenig vergrössert; reichliches seröses Exudat in Brust- und Bauchhöhle. Gehirn durfte nicht untersucht werden.

Die Krankengeschichte ist die, dass P. im Juni vor. Jahres mit heftigem Husten, Dyspnöe und schnell eintretender Abmagerung erkrankte. Ascites trat bald auf und wurde mehrmals punktirt. Appetit war und blieb ziemlich gut, doch führte die stetige Abmagerung zur völligen Erschöpfung, die Anfangs November das lethale Ende herbeigeführt.

Die Herzdämpfung war sehr vergrössert gewesen und ein starkes

systolisches Geräusch wurde über den Pulmonal —, ein schwächeres über den Aortenklappen vernommen.

Nach dem Berichte der Mutter war P. während der ersten Lebenswochen sehr cyanotisch gewesen, doch verschwand das bläuliche Aussehen und nur dann und wann litt er später auch als Erwachsener an Dyspnöe mit bläulicher Verfärbung der Lippen und Fingerspitzen. Die einzige ernstliche Krankheit, die er je hatte war Malaria, von welcher er drei Anfälle gehabt haben soll. Er war nie sehr kräftig, erschien aber seiner Umgebung stets als ein gesunder, lebenslustiger Mann.

L. weist auf die enorme kompensatorische Fähigkeit des Herzens hin, welche diese Krankengeschichte enthüllt, und denkt sich den Zusammenhang etwa folgendermaassen ;

Das nur unvollständig in arterielles umgewandeltes Blut reizt das vasomotorische Centrum zu einer allgemeinen Zusammenziehung der kleineren Arterien ; der intra-arterielle Blutdruck wird dadurch konstant erhöht. Derselbe erhöht nun zwar indirekt die Stärke der Herzkontraktionen, verursacht aber andrerseits direkt eine unvollkommene Entleerung des Herzens in ähnlicher Weise wie dies bei Nephritis der Fall ist. Der vermehrte peripherische Widerstand und der vermehrte Zufluss in die Herzhöhlen musste die letzteren namentlich rechts so enorm ausdehnen, dass die Klappen sich nicht mehr völlig schliessen konnten ; daher die Regurgitation und das Geräusch.

(Der Herzmuskel wurde selbst hypertrophisch, so dass Hypertrophie und Dilatation gleichmässig zunahmen und in dieser concentrischen Hypertrophie ist das Mittel zur Kompensation und der bemerkenswerthen Langlebigkeit des Mannes zu finden. Erst als eine Störung des Gleichgewichtes in der Zunahme der Dilatation und der Hypertrophie eintrat, kam es zu Transsudaten. Ob die allzugrosse Insufficienz primär daran schuld war oder die Verringerung des intra-arteriellen Druckes, sei dahingestellt ; doch scheint das Letztere wahrscheinlich, weil eben trotz fehlender hereditärer Belastung atheromatöse Veränderungen gefunden wurden, welche die Kontraktionsfähigkeit der Arteriolen schädigen musste. Ref.)

Dr. E. J. Kempf. — Jodinism. — *The Medical Herald,* (Louisville), June 1886.

Nach Bartholow sind die Symptome von Jodvergiftung folgende : "Allgemeine Abgeschlagenheit und Mattigkeit, Temperaturerhöhung, Stirnkopfschmerz, profuse Thränen- und Nasenschleim-Sekretion, Schwellen der Lider, bitter-salziger Geschmack, Halsschmerzen, Heiserkeit und Schluckbeschwerden, endlich Akne.

K. führt nun vier Fälle an :

I. Bei einem 17jährigen Burschen, der durch Versehen einen Theelöffel Jodtinktur genommen, trat ein so fürchterlich brennender Durst ein, dass er sofort binnen weniger Minuten ein Quart Wasser trank. Dies half und K. sah P. erst am nächsten Tage. Es traten absolut keine Symptome von Jodvergiftung auf mit Ausnahme eines stechenden und brennenden Geschmackes, sowie grossen Durstes.

II. Eine schwächliche Dame von phthisischen Habitus nahm gegen eine hartnäckige *Febris tertiana* fünf Tropfen Jodtinktur in Wasser. Diese geringe Dosis machte sie sehr krank. Kopf und Halsschmerzen, Gastralgie und eine katarrhalische Entzündung der

Augen- und Nasenschleimhäute bestanden zwei Tage und eine Nacht hindurch.

III. Ein dreizehnjähriges Mädchen nahm aus Versehen zu demselben Zwecke anstatt fünf fünfzehn Tropfen Jodtinktur. Grosse Quantitäten einer Stärkelösung und nachdem Wismuth und Morphium wehrten die beginnende Jodvergiftung ab.

IV. Ein Kind von sieben Monaten bekam drei Gran Jodkali in zwölf Dosen. Der beginnende Jodismus wurde durch Aussetzen des Medikamentes sistirt.

Von der in den ersten drei Fällen verwendeten Jodtinktur gab nun K. einem einjährigen mittelgrossen Hunde in einem Esslöffel Stärke (?) zwei Drachmen.

Das Thier schien Anfangs sehr an Durst zu leiden und soff sehr viel Wasser. Nach einer halben Stunde trieften seine Augen und waren verschwollen; er lag auf dem Boden und schien sehr matt zu sein. Dann stellte sich Erbrechen ein. Er bekam nun etwas Mehl in Milch angerührt. Eine halbe Stunde nachdem er diesen Brei gefressen, schien er sich ganz leidlich zu befinden. Das Brechen hatte ihn offenbar gerettet.

K. räth desshalb bei Jodvergiftung reichlich Wasser, womöglich mit Stärke, zu geben. Auch sollen Jod-Präparate, niemals die Tinktur, zuerst in kleinsten Dosen gegeben werden, da die Toleranz so sehr verschieden ist; namentlich ist bei schwächlichen Individuen und Kindern diese Vorsicht geboten.

Dr. H. Wilmer (Hamburg). — Zur Casuistik der mit Dr. Treutler's Stickstoff-Inhalationen behandelten chronischen Lungenkrankheiten. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, No. 29, 1886.

Nachdem W. während einer Reihe von Jahren (seit 1880) bei mehreren Lungenkranken Stickstoff-Inhalationen nach Angabe Treutler's angewendet hat, theilt er kurz die Geschichte von 19 Patienten mit.

Das Ergebniss ist, dass der Einfluss derselben fast in allen Fällen ein guter ist. Nach zwei Inhalationen täglich, jedesmal eine Stunde lang, verschwanden die katarrhalischen Ercheinungen und selbst Kavernen waren nicht mehr nachweisbar. Die Dauer der Kur richtete sich nach der Schwere des Leidens und war die kürzeste Behandlungsdauer 2 Wochen, die längste 4 Monate. Es wurden behandelt:

1 Pat.,	2 Wochen.	3 Pat.,	7 Wochen.
4 „	3 „	1 „	2 Monate.
1 „	4 „	1 „	2½ „
2 „	5 „	2 „	3 „
3 „	6 „	1 „	4 „

Alle wurden geheilt oder doch wesentlich gebessert entlassen; die Rasselgeräusche, die Dyspnöe und die Schwäche verschwanden spätestens bis zum Ende der zweiten Woche.

Als gegenwärtig noch voller Gesundheit sich erfreuend werden zehn berichtet und zwar wurden dieselben aus der Behandlung als geheilt entlassen:

1 Fall	vor	6	Jahren.
1 „	„	4½	„
1 „	„	5	„

3 Fälle nach 4 Jahren.
2 „ „ 3 „
1 Fall „ $2\frac{3}{4}$ „
1 „ „ einigen Jahren.

(In diesem Falle ist keine genaue Ausgabe über die Zahl der Jahre gemacht.)

Vier Patienten sind gestorben; an Rezidiv drei und zwar:

1 Pat. nach 4 Jahren.
1 „ „ $2\frac{1}{2}$ „
1 „ „ 2 „

Die vierte Patientin starb bald nachdem sie geheilt entlassen an einer interkurrenten Krankheit.

Ueber die übrigen fünf Patienten kann W. nichts berichten, da er dieselben aus den Augen verloren.

Wenn die Krankengeschichten auch nicht alle ganz unbedingt auf Phthisis hinweisen, so sind doch die berichteten Resultate derart, dass bei unserer Ohnmacht gegenüber dieser Affektion, die Anwendnng dieses Heilverfahrens des Versuches werth scheint.

Dr. Allard Memminger (Charleston, S. C.).— Bright's Disease of the Kidneys, successfully treated with Chloride of Sodium. — *N. Y. Med. Journal*, July 31, 1886.

Von der Annahme ausgehend, dass die primäre Ursache der Krankheit eine abnorme Blutmischung resp. eine perverse Thätigkeit der im Blutplasma enthaltenen Eiweisskörper sei, hat M. die vortreffliche Wirkung des Kochsalzes auf alle osmotischen Vorgänge im Thierkörper zu verwerthen gesucht, um auf den Verlauf der Krankheit günstig einzuwirken.

Er gab demgemäss vier chronischen Nephritikern das Salz in Dosen von 10 bis 50 Gran (0,6–6,0 g.) dreimal täglich vor oder nach den Mahlzeiten und zwar in Gelatinkapseln.

Drei Fälle waren Hospitalkranke. Dieselben waren in einem ziemlich vorgeschrittenen Stadium und hatten keine Besserung durch die vorherige Behandlung erfahren; im Gegentheile die Krankheit hatte zugenommen. Nachdem sie ca. 10 Tage lang das Salz bekommen hatten, besserten sich alle Symptome zusehends und alle Drei fühlten sich so viel wohler, dass sie das Hospital freiwillig verliessen, noch ehe man ihnen formell ihre Entlassung genehmigt, weil eben M. sie möglichst lange auf seinen Abtheilungen unter Beobachtung halten wollte.

Den vierten Patienten behandelte M. in seiner Privatpraxis und da derselbe die gleichen günstiigen Symptome zeigt, so hofft er, recht bald eine dauernde Heilung berichten zu können.

Die günstigen Resultate, welche in längstens 10 Tagen erzielt werden, bestehen im Wesentlichen in:

1. Abnahme des Albumin;
2. „ „ Harnstoffs und
3. Zunahme der Chlorsalze im Urin.

Dabei legt M. besonderes Gewicht auf den Umstand, dass er keine anderen Medikamente (*Tonica, Stimulantia, etc.*) nehmen, sondern nur die Patienten sehr gut ernähren lässt. Die Kapseln (à 10 Gran) werden entweder eine Stunde vor oder eine Stunde nach den Mahlzeiten genommen und zwar jeden Tag abwechselnd, wenn Patient dies

verträgt. Stellt sich Uebelkeit ein, so hat Patient eine Stunde lang die Rückenlage einzunehmen, eine Maassnahme die stets erfolgreich ist. Mit einer Kapsel *pro dosi* wird begonnen. Die Steigerung der Dosis geschieht einen Tag um den anderen, bis fünf Kapseln genommen werden. Dies ist der Zeitpunkt, von welchem an eine evidente Besserung aller subjektiven und objektiven Symptome, speziell in den Harnbestandtheilen, eintritt. Von nun an wird die Zahl der Kapseln verringert bis nur zwei *pro dosi* genommen werden. Treten jetzt gastrische Störungen auf, so giebt man ein oder zwei Abführpillen und setzt einige Tage aus. Dann lässt man wieder erst eine und dann zwei Kapseln dreimal täglich nehmen und falls in Folge des Aussetzens der Harnstoff sich wieder vermindert und das Albumen sich vermehrt hat, steigt man abermals in der Dosis. Die Kopfschmerzen, die Oedeme, die Misstimmung, die allgemeine Schwäche und Anämie verschwinden und ein erneutes Kraftgefühl giebt dem Patienten Lebenslust und Hoffnung.

M. urgirt die Anwendung des unschädlichen Mittels, selbst wenn man nicht gesonnen ist, die eingeleitete Behandlung aufzugeben.

Es scheint, als ob die Handlungsweise der *American Medical Association* in St. Louis—die Zurückweisung der gesetzlich erwählten Delegaten von Philadelphia — einen guten Einfluss insofern ausgeübt hat, als so Mancher, der bisher dieser Gesellschaft, oder besser, den wenigen leitenden Geistern derselben, durchaus Recht gegeben, seine Meinung total geändert hat. Schon fangen die medizinischen Gesellschaften und Journale im Westen und Süden an, zum Frieden, d. h. zur Wiedervereinigung der beiden Comités zu plaidiren, damit der Kongress kein Fehlschlag werde. So spricht sich beispielsweise gerade das *New Orleans Med. and Surg. Journal*, das bedeutendste Fachblatt im Süden, ohne jede Reserve dahin aus:

„Das die *American Medical Association* in St. Louis verschiedene Fehler begangen und dass namentlich die Zurückweisung des günstigen Berichtes, welchen das *Judicial Council* über den gesetzlichen Status der Delegaten aus Philadelphia eingereicht hatte, unparlamentarisch und ungerecht gewesen sei und auf Unparteiische einen sehr schlechten Eindruck gemacht haben müsse."

Auch die *Medical Society of the State of California* hat sich in ähnlicher Weise ausgesprochen. (S. Dr. J. Rosentirn's Correspondenz aus San Francisco.) Wenn diese vernünftigen Ideen festen Fuss fassen und namentlich auch dem ungeziemenden Gebahren der Redaktion des *Journal of the American Medical Association* gründlich das Handwerk gelegt wird, so dass die fortwährende Hetzerei und Höhnereiaufhört, so ist dieMöglichkeit einer Annäherung der beiden Comités gegeben. Doch ist sie nicht wahrscheinlich; namentlich aber hat dieser Bruderzwist die prospektive Abwesenheit der tüchtigsten Mediziner Europa's verschuldet. Mündliche und schriftliche Mittheilungen von drüben bestätigen dies.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Die Behandlung der Diphtherie.

Wohl wenige Krankheiten giebt es, deren Behandlung in verhältnissmässig kurzen Zeiträumen so viele Wandelungen erfahren hat, wie diejenige dieser schrecklichen Geissel der Menschheit. Höchstens die Behandlung des Abdominaltyphus, resp. die Fieberbehandlung überhaupt, ist in dieser Beziehung damit zu vergleichen.

Während man zur Zeit der Blüthe des Nihilismus in der Therapie sich höchstens bis zu Gargarysmen verstieg — die durchaus nicht so indifferent sind, wie Viele annehmen, indem sie eine schädliche Erzitterung der erkrankten Theile bewirken — griff man später zum Höllensteinstifte und ätzte tüchtig d'rauf los. Bald aber musste dieses — sowie die anderen gebräuchlichen Aetzmittel — den Auspinselungen mit Karbolsäure weichen. Doch auch diese wurden durch Ausspritzungen mit antiseptischen Lösungen verdrängt. Dann kamen die Inhalationen von antiseptischen und membranlösenden Mitteln an die Reihe, und wie oft wurden, ja werden auch heutigen Tages noch die bedauernswerthen Patienten mit allen diesen Eingriffen und Methoden in den verschiedensten Kombinationen gequält.

Nachdem der Auffassung der Diphtherie als eine Allgemeinerkrankung immer mehr Rechnung getragen wurde, verschwand die energische Lokaltherapie mehr und mehr; nur zum Zwecke der Entfernung des ichorösen Sekretes pflegt das Ausspritzen der Nase und des Mundes mit antiseptischen Lösungen noch benutzt zu werden — und mit Recht.

Doch auch in der medikamentösen Behandlung hat sich neuerdings eine Wandelung vollzogen. An die Stelle der so lange üblichen Eisen-Chlorkali-Mixtur ist das Sublimat und das Jodkali getreten. Das Erstere soll eine spezifische örtliche und allgemeine Wirkung haben, das Letztere ist vielleicht dadurch von Nutzen, dass es eine leichte,

ungefährliche Salivation schafft, welche die Aus- und Antrocknung der Sekrete verhütet.

Vor Kurzem ist abermals von verschiedenen Seiten eine lokale Therapie in Verbindung mit der allgemeinen urgirt worden.

In der *Deutschen Medizinal-Zeitung* *) hat Dr. Bloebaum (Koblenz) dieselbe befürwortet und einen Apparat, sowie einen Mundspiegel konstruirt, welcher die Anwendung des Galvanokauters auch bei Kindern ermöglicht. B. benutzt Schlingen von ziemlich dünnem Platindrahte in vier verschiedenen Grössen. Die Membranen werden durch Auflegen der glühenden Schlingen abgelöst und verbrannt; da, wo die Hitzewirkung geringer ist, rollen sie sich auf und werden nachträglich mit dem Messer durch Abkratzen völlig entfernt. B. berichtet sehr gute Resultate. Das maligne, giftige diphtheritische Geschwür wird in eine gutartige Brandwunde umgewandelt. Das Fieber nimmt meist schon nach 3—4 Stunden ab und ist die Temperatur spätestens nach 12 Stunden eine normale.

Die Wirkung der Glühschlinge ist nach B. eine vierfache: mechanisch, membranlösend (resp. zerstörend), adstringirend und antiseptisch. Er führt eine Stelle aus einem Briefe an, den er von „einem der grössten Chirurgen Deutschlands" erhalten. Dieselbe lautet:

„Der Reiz, welchen das Feuer in dem diptheritischen Geschwürs-
„boden selbst verursacht, und die Befreiung von Verjauchungsgefahr
„durch dieses Kaustikum sind auch ein Antiseptikum; es bringt frische
„Vaskularisation, Thätigkeit und beschleunigt Demarkation."

So wie Nussbaum die Umwandlung maligner Geschwülste in gutartige durch den Thermokauter auf Grund seiner und Anderer Erfahrungen befürwortet, ebenso will B. das maligne Diphtherie-Geschwür durch den Galvanokauter in ein gutartiges umwandeln.

Eine chirurgische Behandlung der Rachendiphtherie wird auch von Dr. Beck an einer andern Stelle abgedruckten Zuschrift befürwortet. Er kratzt die Membranen und den Geschwürsgrund mit der Cürette oder dem scharfen Löffel aus und behandelt dann die so gereinigte Geschwürsfläche mit Sublimatspray. Auch er berichtet ein schnelles Fallen der Temperatur, welche dann normal oder doch nahezu normal bleibt.

Dieser letzte Punkt ist von grosser Bedeutung und scheint zu beweisen, dass die Ausrottung des lokalen Krankheitsprozesses auch auf die Allgemeinerkrankung von grossem Einflusse ist. Denn, wenn es auch unläugbar wahr ist, dass die Krankheit nicht mit dem Belage beginnt, da sehr häufig alle Zeichen der Infektion vorhanden sind ehe eine Membranbildung eintritt, so kann doch durch Zerstörung des Herdes die Hauptbezugsquelle des infektiösen Materiales im Blute

*) No. 88, 1885; No. 6 und 37, 1886.

ausgeschaltet und damit dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses ein Ziel gesetzt werden.

Hoffen wir, dass die Lokalbehandlung nach rationellen chirurgischen Prinzipien alle Das hält, was sie verspricht.

Endarteriitis obliterans.

In einem vor der *Practitioners' Society of New York* gehaltenen Vortrage über diesen Gegenstand behandelte Dr. Geo. L. Peabody die Symptomatologie und Pathologie dieses Leidens. Er bezweifelt, dass der Krankheitsprozess selbst stets nur auf syphilitischer Basis zur Entwickelung kommt, und beruft sich — ausser auf seine eigene Erfahrung — namentlich auf die ausführliche Arbeit von Hippolyte Martin.*) Letzterer ist der Ansicht, dass eine ganze Anzahl organischer Erkrankungen diese Bindegewebswucherungen der Arterien-Intima veranlassen können. Nicht nur Syphilis und Tuberkulose, sondern auch Alkohol-Missbrauch, Bleivergiftung, gichtische, resp. rheumatische Diathese können ätiologische Faktoren sein ; auch gelegentlich Mikro-Organismen. Den Prädilektionspunkt bilden nach M. die *Vasa Vasorum* des aufsteigenden Theiles vom Aortenbogen ab; doch können auch die das Herz, resp. die Herzklappen, namentlich die *Mitralis* ernährenden Arterien ergriffen werden. In gleicher Weise werden alle anderen Organe ergriffen ; doch wissen wir darüber noch nicht viel Genaues, nur dass die *Endarteriitis obliterans* cirrhotische, resp. atrophische Degenerationsprozesse verursacht.

Im Rückenmark, speziell aber im Gehirne, sind wir im Stande, diese Veränderungen genauer zu verfolgen. Nach M. wird sehr häufig die *Sclerosis spinalis posterior* durch sie hervorgerufen. Am Auffallendsten und am längsten bekannt ist die progressive obliterirende Endarteriitis im Gehirn, namentlich durch die Arbeiten von Steinburg, Heubner und Wilks.

Peabody berichtet vier Fälle, deren einer in Genesung endete, während er in den drei anderen die Sektion machen konnte. Die charakteristischen Symptome sind meist eine mehr oder weniger vollständige Hemiplegie, zuweilen mit Aphasie, auch konvulsivischen und Zwangsbewegungen ; später tritt, wenn das begleitende Koma überhaupt weicht, dann und wann Delirium auf; die Temperatur, der Puls und die Respiration steigen an. (In zweien seiner Fälle war die Temperatur zur Zeit des Todes 107°, resp. 105·8°). Oft tritt eine vorübergehende Besserung ein, doch bald wird der Patient wieder komatös, das Athmen stertorös, und das Letztere hört auf, ehe es zum Herzstillstand kommt.

Die Radial- und Temporalarterien solcher Patienten fühlen sich wie

*) *Revue de Médecine*, Jan. 1886; ref. im *Centralbl. f. klin. Med.*, 15. Mai 1886.

harte, gewundene Stränge an und häufig sind sie früh gealtert, haben prämaturen *Arcus senilis* etc.

Bei der Sektion findet sich nun sehr selten eine eigentliche Erkrankung oder Degeneration der Hirnsubstanz, sondern nur :

1. Endarteriitis obliterans in den Gefässen, welche die betreffenden Hirnbezirke ernähren, die als Centren für die gelähmten Muskelgruppen resp. Extremitäten bekannt sind. Die Bindegewebswucherung, welche von der *Intima* ausgeht, dringt in das *Lumen* der Arterie ein und verkleinert dasselbe ; auch Periarteriitis ist gewöhnlich vorhanden. Oder man findet :

2. Hämorrhagieen, meist an der Gehirnbasis, welche durch Ruptur des erkrankten Gefässes zu Stande gekommen ist.

Die Erklärung der überraschenden Thatsache, dass, obgleich der Verschluss der Arterien kein vollständiger ist, dennoch die betreffenden Hirnbezirke ihre Funktionsfähigkeit verlieren, ist nach Peabody in dem Umstande zu suchen, dass in den erkrankten Gefässbezirken spasmodische Kontraktionen der Muskelelemente eintreten, welche das *Lumen* der Arterien völlig obliteriren und die Blutzufuhr für die betr. Hirntheile vollständig abschneiden.

Dass diese Annahme durchaus plausibel ist, wurde in der sich anschliessenden interessanten Diskussion von Dr. Loring bestätigt. Nicht nur dass der geschilderte Krankheitsprozess — die allmälige Obliteration durch *Endarteriitis* in den Gefässen des Auges beobachtet werden kann, so ist gerade die erwähnte spasmodische Gefäss-Kontraktion eine beobachtete Thatsache. Graefe berichtet einen Fall von Erblindung, welchen er zu operiren im Begriffe stand, als plötzlich die Sehkraft zurückkehrte. L. sah einen Fall, in welchem diese Anfälle von Gefäss-Spasmus acht- bis zehnmal täglich stattfanden. Der Patient konnte das allmälige Erblinden und nachfolgende Aufhellen des Gesichtsfeldes ganz genau beobachten. Endlich trat akutes Oedem ein und die Erblindung hielt an ; das Oedem verschwand und das obliterirte Gefäss war nun deutlich zu sehen, umgeben von kleinen Blutaustritten. Letztere wurden resorbirt und mit ihnen die Stränge, welche die obliterirten Gefässe repräsentirten, so dass zuletzt keine Spur von ihnen zu sehen war.

Die Therapie ist unbefriedigend : Jodkali in grossen Dosen ist fast immer indizirt ; gegen den Spasmus soll Amylnitrit unter Umständen von Wirkung sein.

Das tonangebende medizinische Journal in England, ehe die *Lancet* ihre jetzige Prominenz erreicht hatte, war die *Medical Times and Gazette.* Dieselbe ist, trotzdem dass Hutchinson und Spencer Wells zuletzt die Redaktion führten, eingegangen und hat zu erscheinen aufgehört.

Kleine Mittheilungen.

Ein Vorschlag zur chirurgischen Behandlung der Diphtherie.

An die Redaktion der New Yorker Medizinischen Presse.

In puncto Diphtherie-Therapie, diesem, man möchte sagen, vielköpfigen Ungeheuer, ist man so skeptisch geworden, dass man sich gewöhnt hat, ein neues Verfahren als den Ausdruck einer grossen Portion Naivetät des resp. Erfinders zu belächeln. Und dennoch mag der fürchterlich unheimliche Charakter dieser Krankheit, dieses erbarmungslosen Gespenstes, es rechtfertigen, wenn der Arzt, von dem doch sein Patient glaubt, er müsse ihm helfen können, sich selbst als Hohn auf sein Wissensthum erscheinend, immer und immer wieder nach neuen Wegen zu einer erspriesslicheren Therapie sich abquält.

So kam ich auf die Idee, die Diphtherie-Membranen frühzeitig möglichst radikal mit der Cürette zu entfernen und den blutenden Untergrund mit einer Sublimatlösung durch den Irrigator abzuspülen.

Wenn die Rachendiphtherie eine allgemeine Infektionskrankheit ist, welche sich im Rachen bloss lokalisirt, (was übrigens vielleicht von ebenso Vielen geläugnet, als geglaubt wird), dann hat diese, den Intentionen der heutigen Antisepsis durchaus entsprechende Methode, keine oder eine kaum nennenswerthe Bedeutung.

Ich möchte beiläufig erwähnen, dass selbst Klebs,*) dieser eminenteste Autor in der Diphtheriefrage, behauptet, dass die Angelegenheit der Diphtherie erst dann für erledigt zu betrachten ist, wenn Reinkulturen der Pilze gemacht sind und wenn vermittelst derselben eine vollständige Reproduktion des Prozesses beim Thiere gelungen ist.

Ist die Diphtherie aber eine lokale Erkrankung, eine Nekrosirung, sagen wir, ein Fäulnissprozess in den Rachengebilden, deren Zerfall das Material für die Infizirung der Lymphbahnen liefert, dann ist es unbegreiflich, wie man sich einen Erfolg versprechen kann von einer so indifferenten Behandlung, als die Applikation von irgend welchen, noch so starken Mitteln auf ein mehr oder weniger gangränöses Gewebe. Wenn man an irgend einer andern Stelle des Körpers auf mortifizirtes Gewebe stösst, so fällt es Einem doch nicht ein, einen Salicylspray oder dergleichen darauf spielen zu lassen oder Umschläge und dgl. mit *Antisepticis* zu machen, sondern man entfernt so viel als möglich von den abgestorbenen Theilen und applizirt erst dann antiseptische Mittel auf den wunden Untergrund.

Auf ein simples *Ulcus cruris*, welches doch den ganzen Schenkel anschwellen lassen kann, applicirt man *Adstringentia* oder *Antiseptica* erst, nachdem man die Grinde entfernt hat; oder hat man je z. B. eine Wirkung vom Jodoform gesehen, wenn man es auf den Schorf streute?

Man wird mir freundschaftlichst erwidern, dass man seiner Zeit geradezu ein fanatisches *faible* für den *Lapis*-Stift hatte. Man zerstörte, verbrannte die Membranen! *Quod ferrum* (nämlich das *chloricum*) *non sanat, cauterium sanat!*

Ja, man hat wohl die Oberfläche cauterisirt, man hat im Rachen her-

*) Verhandlungen des zweiten Congresses für innere Medizin. Wiesbaden 1883, pag. 172.

umgewüthet, ohne dass man suletzt sah, wo Membrane und Lapisschmiere war, und glaubte dann, das *Virus* damit zerstört zu haben. Man wunderte sich allmählig über das schlechte Resultat und exkommunicirte die Lapisbehandlung.

Wunderte man sich etwa auch, wenn man bei einer Blutvergiftung, ich will sagen, eines Fingers, welche Schwellung der Ellbogen- oder der Axillardrüsen veranlasst hat, kein Resultat zu sehen, wenn man die Infektionsstelle mit Höllenstein noch so gründlich touchirte?

Es handelt sich aber bei einer Infektion, auch wenn dieselbe bereits allgemein zu werden beginnt, vor Allem darum, die Quelle unschädlich zu machen, damit wenigstens kein neuer Nachschub entsteht. Wenn die Menge des Giftes ein gewisses Maass noch nicht überschritten hat, so kann man sich wohl vorstellen, dass dasselbe noch keine deletäre Wirkung auf die Blutzusammensetzung oder auf die Muskelfasern des Herzens geäussert hat. Wenn freilich irgendwo im Körper und aus irgend welchem Grunde die Sepsis einen gewissen Grad erreicht hat, dann ist jeglicher lokaler Eingriff verlorene Liebesmüh', während er bei Zeiten vielleicht noch ein Leben gerettet hätte.

Ich behandelte vor einiger Zeit in einer einzigen Familie 5 Mitglieder an Diphtherie. Bei d r e i e n war der Rachen, bei e i n e m der Kehlkopf *a priori* unter dem klinischen Bilde der *Laryngitis crouposa* ergriffen. Das f ü n f t e, ein mehrere Monate altes Baby, erkrankte zuletzt und zwar an ausgeprägter Diphtherie der Schamlippen, (an welchen es vorher Excoriationen hatte.) Die Inguinaldrüsen waren geschwollen, *Temp. in ano* 104°. (Der Rachen war normal.) Ich curettirte damals die Membranen und wusch mit Sublimat. Am nächsten Tag war das Kind fieberfrei, die Drüsen waren kaum noch zu fühlen und an Stelle der dicken weisslichgrauen Decke war ein bräunlicher, spinnwebendünner Schorf getreten. Dieses Resultat konnte doch kaum anders als durch eine entschiedene Wirksamkeit einer lokalen Behandlung erklärt werden. Warum sollte man, so frug ich mich, die Diphtherie des Rachens anders behandeln? Mit dem Wegätzen der Belege ist es nicht allein gethan, man muss antiseptisch nachher vorgehen und das *Argentum nitricum* ist bei all seinen sonstigen vorzüglichen Eigenschaften kein Antisepticum.

Ich hatte seither in blos 2 Fällen von schwerer Rachendiphtherie Gelegenheit, analog diesem letztem Falle zu handeln.

Bei beiden war die Erkrankung durch einen Schüttelfrost eingeleitet worden und hatte eine Temperatur von über 104° verursacht.

Nach dem Curettement fiel die Temperatur innerhalb 19 resp. 22 Stunden auf 99° resp. 100°. Die Submaxillardrüsen schwollen zugleich um mehr als die Hälfte ab.

Beide Fälle genasen in wenigen Tagen. Dieser Etat beweist freilich nicht viel, hat doch jede Behandlung ungeheure Zahlen von günstigen Resultaten aufzuweisen; eine Entscheidung kann nur eine sehr ausgedehnte Anwendung bringen, welche ich der von mir proponirten Methode sehr gerne wünschen möchte.

Der Einbürgerung derselben steht feindlich gegenüber die scheinbare Grausamkeit. Unvernünftige Eltern mögen nicht zugeben, dass man ihr „armes Kind, das schon ohehin so grosse Schmerzen im Halse hat, auch noch mit scharfen Instrumenten quält;" sind die Angehörigen aber einsichtsvoll, so kann man die Operation selbst bei dem widerspenstigsten Kinde, zur Noth mit Zuhilfenahme des Roser'schen Mund-

halters, in wenigen Sekunden vollenden. Bei vornüberhängendem Kopf lässt man dann einen kräftigen Strahl aus einem Irrigator, der mit einer ½ bis 1 promilligen Sublimatlösung gefüllt ist, in den Rachen aufplätschern. (Man kann sich hierzu eines Rohres bedienen, welches wie ein Spatel geformt ist.) Die Irrigation kann man in den ersten 10 Stunden alle 2 Stunden, später viel seltener wiederholen.

187 2d Avenue. Dr. Carl Beck.

An den Redakteur der New Yorker Medizinischen Presse:

Der gute Fortgang der N. Y. Med. Presse freut mich in der That, und für dessen ferneres Gedeihen glaube ich das günstigste Prognostikum stellen zu dürfen. Nachdem ich schon vor einem halben Jahrhundert Mitarbeiter an Hacker und Hohl's *Argos*, sowie Schmidt's *Jahrbüchern*, etc., gewesen, findet mein bescheidenes Urtheil eine gesunde und solide Basis für Ihr Unternehmen.

In Bezug auf den Vortrag des Herrn Dr. Conrad, welchen ich in jeder Beziehung äusserst interessant finde, würde ich mir gern einige Bemerkungungen erlauben.

Es ist nicht die Systole des Herzens, welche das Ausfüllen der dadurch entstehenden Leere durch die Lungenränder erheischt, vielmehr ist es der Druck der bei kräftiger Inspiration sich aufblähenden Lungenränder, welches eigenthümliche systolische Kontraktionen des Herzens bedingt, die auch meiner Ansicht nach ganz verschieden von der eigentlichen Systole sind. Wenn dieses Geräusch bei jeder Inspiration bemerkbar wäre und bei der grossen Mehrzahl von Individuen, so würde es allerdings zu den normalen Aktionen gehören, ebenso berechtigt, wie die beiden Herztöne. Aber nicht jede Inspiration ist so kräftig, dass sie das Aufblähen der g a n z e n Lunge mit d e n R ä n d e r n bezweckt, während Hr. Dr. C. eingesteht, dass man dasselbe nur bei einer starken Inspiration wahrnehme, wenn man dieselbe ungewöhnlich anhalten lässt. Seitdem ich diesen Vortrag gelesen, liess ich einen Sänger, der niemals herzkrank war und bei dem ich dieses Geräusch durchaus nicht hören konnte, eine Note für einen ganzen Takt und darüber anhalten und dann einathmen und siehe da, ich hörte das Geräusch sehr deutlich.

Den Kleptokokkus (oder bei Ihnen Mopsikokkus) angehend, könnte es nicht schaden, wenn einer der *Boodle* Aldermänner den Weg alles Fleisches ginge — lediglich im Interesse der Wissenschaft.

Die Mode war eben von jeher in unserer Wissenschaft tonangebend. Jetzt heisst es „Ecce Bacteriologie" und wehe dem, welcher dieselbe als Kind der spekulativen Wissenschaft bezeichnen würde; ein Heer von süffisanten Feinden würde ihn mit 100 Beispielen todtschlagen. Wahrscheinlich wird eine neue Mode der nächsten Epoche unsere gewagten Folgerungen näher bezeichnen, doch wird das erst geschehen, wenn unsere jetzigen neueren Aerzte dann zu den Alten zählen werden. Ihr Dr. W. Segnitz.

Gegen obstinate Diarrhöen Erwachsener empfiehlt Dr. T. C. Smith (Aurora, Ind.,) in dem *Phil. Med. and Surg. Reporter* eine gesättigte Lösung von Kochsalz in Cider-Essig ; die Dosis ist eine halbe Drachme viertelstündlich.

Fortschritte in der Fabrikation pharmazeutischer Präparate.

In therapeutischer Beziehung ist das letzte Jahrzent jedenfalls als eine Zeit des Fortschrittes zu bezeichnen, sowohl was die Entdeckung neuer Droguen anbelangt, als auch sofern es sich um neuartige Anwendung bereits bekannter Stoffe handelt. Mit der Wissenschaft hat auch die pharmazeutische Praxis gleichen Schritt gehalten, welcher es in vielen Fällen gelungen ist konzentrirte Präparationen so schmackhaft herzustellen, dass kein Widerwille des Patienten der Anwendung verschiedener Droguen länger im Wege zu stehen braucht. Deutschland darf das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, in diesen Dingen pfadfindend und bahnbrechend vorausgegangen zu sein, aber amerikanischer Energie und amerikanischem Unternehmungsgeist war es vorbehalten, den pharmazeutisch-wissenschaftlichen Fabriksbetrieb auf jene Stufe der Vollkommenheit zu bringen, wie dies der wohlbekannten Firma von Parke, Davis & Co. gelungen ist. Diese Firma ist es, welche dem immer mehr um sich greifenden Unfug der Patentmedizinen und proprietären Mittel gegenüber stets die Ansicht vertrat, der Fabrikant von pharmazeutischen Präparaten solle seinen Vortheil nicht darin suchen, dass er die Rezepte der von ihm in den Markt gebrachten Kombinationen geheim halte, sondern darin, dass diese letzteren von ihm in einer Weise hergestellt seien, welche jede Konkurrenz von Vornherein ungefährlich erscheinen liessen.

Keines der von Parke, Davis & Co. hergestellten Präparate ist durch ein Patent geschützt, die Rezepte sind bekannt und nur der sich immer gleichbleibenden Vortrefflichkeit ihrer Produkte hat die Firma es zu danken, das ihre Fabrikate allgemein von der Profession als die besten anerkannt werden. Eine ganze Anzahl von Droguen, die theils im Laboratorium von Parke, Davis & Co. selbst, theils von Botanikern und Chemikern, welche in deren Dienste stehen, entdeckt und seither zum Theile sogar offizinell wurden, sind auf diese Weise Gemeingut geworden. Wir nennen nur: Coca Erythroxylon, Cascara Sagrada, Jamaica Dogwood, Viburnum Prunifolium, Grindelia Robusta, Manaca, Gelsemium, Duroisia, Eucalyptus Globulus, Yeba Santa, Convallaria Majalis, Coto, Cheken, Pichi.

Auch auf jenem Felde pharmazeutischer Betriebsamkeit, auf dem im Interesse des ärztlichen Berufes eine grössere Genauigkeit, Eleganz und Schmackhaftigkeit bereits bekannter Mittel zu erreichen gesucht wird, sind Parke, Davis & Co. nicht zurückgeblieben. Erwähnung verdienen ihre *Normal Liquids*, reine, zuverlässige und absolut gleichmässige *extracta fluida*, ihre löslichen, elastischen Kapseln, welche die Administration schlechtschmeckender Droguen wie Chinin, Castor Oel, Leberthran, Copaiba, Cubebs, Oleum Eucalypti u. s. w. erleichtern, ihre mit Zucker oder Gelatin überzogenen Pillen, ihre Verdauungsfermente, ihre Pepsin- und Pankreatinprodukte, sowie die erst in jüngster Zeit von ihnen eingeführten hypodermischen Tablets. Diese Liste, der wir nur noch alle die neu entdeckten Alkaloide und Glukoside hinzufügen wollen, wäre noch Seitenlang fortzuführen. Für unseren Zweck, an einem bestimmten Beispiele zu zeigen, welchen enormen Aufschwung die pharmazeutische Fabrikation in Amerika genommen hat, dürfte das Vorstehende genügen.

Correspondenzen.

Cincinnati, 6. Juli 1886.

Der achtzehnte jährliche Cincinnatier Gesundheits-Bericht, das Jahr 1885 einschliessend, ist eben erschienen, und obgleich ein in jeder Beziehung vollendeter Bericht sehr wahrscheinlich noch nie an's Licht gekommen ist und Cincinnati in dieser Hinsicht noch viel zu wünschen übrig lässt, so mögen doch die folgenden Excerpte aus dem uns kürzlich übersendeten Bericht von Interesse sein. Die Beobachtungen des Barometer-Standes wurden in 627.840 Fuss Höhe über dem Meeresspiegel gemacht und zeigten am 22. Januar den höchsten Stand — 30,067, — am 4. Dezember 1885 den niedrigsten — 28.608, — Durchschnittszahl 29,370. Das Thermometer erreichte den höchsten Punkt — 96.6° — am 20. Juli; den niedrigsten — 9.6° — am 11. Februar 1885; Durchschnittszahl 51.0°. Niederschläge (Schnee und Regen) 33.94 Zoll, und der durchschnittliche Feuchtigkeitsgehalt 70.9; klare Tage hatten wir 104, — heitere 155, — trübe 106. Es herrschten beinahe keine epidemischen Krankheiten, obgleich die Masern ziemlich stark während der ersten Monate hervortraten als Fortsetzung der sehr starken Epidemie im Herbst und Winter des vorhergehenden Jahres (1884–5). Kein einziger Pocken-Fall (Variola) kam während des Jahres vor. Die Einwohnerzahl der vor acht Jahren gemachten Volkszählung gemäss ist 280,000; der Gesundheitsrath giebt aber die folgenden Gründe an warum die Einwohnerzahl sich bis auf 325,000 gesteigert haben soll.

Die Volkszählung welche vor acht Jahren unsere Einwohnerzahl auf 280,000 schätzte griff damals, sehr wahrscheinlich, zu hoch. Heute aber, ist die Zahl viel zu gering, da sich die Stimmgeber in den acht Jahren um 12,000 vermehrt haben; vervielfältigt man nun die ganze Zahl der Stimmen 5½ Mal (wie es andere Städte z. B. Chicago und Cleveland vor uns gethan) erhält man ungefähr die richtige Einwohnerzahl.

5,973 Todesfälle kamen während des Jahres vor — d. h. 18.38 per Tausend — eine geringere Zahl als in irgend einer der acht grössten Städte der Ver. Staaten.

Darunter waren:	54	Todesfälle	an Masern.
	90	„	„ Scharlach.
	100	„	„ Diphtherie.
	115	„	„ Croup.
	4	„	„ Pertussis.
	122	„	„ Typhus Abdominalis.
	639	„	„ Diarrhöische Krankheiten.
	586	„	„ Pneumonie.
	855	„	„ Tuberkulosis.
Davon:	770	an	Auszehrung.
	6	„	Auszehrung der Gedärme.
	30*„		Hydrocephalus.
	33	„	Meningitis Tuberculosa.
	11*“		Skrophulosis.
	5	„	Tabes Mesenterica.

*) Dass man nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft diese beiden Krankheiten als von Tuberkeln herrührend betrachtet ist vielleicht vorschnell.

Ferner: 93 Todesfälle an Krebs.
263 „ „ Verletzungen.
2,728 „ „ allen anderen Ursachen.

5,633 waren Weisse, 340 Farbige; 3,256 männlichen, 2,717 weiblichen Geschlechtes.

1,029 waren jünger als 6 Monate.
424 " von 6 Monaten zu einem Jahre.
564 „ „ 1 Jahre — 2 Jahren.
522 „ „ 2 Jahren — 5 Jahren.
221 „ „ 5 „ — 10 „
96 „ „ 10 „ — 15 „
176 „ „ 15 „ — 20 „
586 „ „ 20 „ — 30 „
525 „ „ 30 „ — 40 „
447 „ „ 40 „ — 50 „
454 „ „ 50 „ — 60 „
471 „ „ 60 „ — 70 „
302 „ „ 70 „ — 80 „
131 „ „ 80 „ — 90 „
21 „ „ 90 „ — 100 „
Bei 4 — Alter nicht angegeben.

Von 7,958 Geburten waren 295 unehelich; 443 todt; 2,491 wurden von Aerzten, 5,460 von Hebammen angezeigt. Dass in dieser Stadt 69 Prozent der Geburtshülfe in den Händen der Hebammen ist, wird wohl dadurch erklärlich, dass die Letzteren ein verhältnissmässig kleines Honorar beziehen.

240 Fälle der Todtgeborenen waren im 9. Monate der Schwangerschaft, 43 im 8. und 75 im 7.; von den 443 Fällen wurden 259 von Aerzten, 168 von Hebammen, 12 von dem Coroner und 4 von Niemand behandelt. Wenn man nicht wüsste dass eine in Schwierigkeiten gerathende Hebamme einen Arzt zur Aushilfe ruft, and dass im Falle einer Todtgeburt der Letztere die Verantwortlichkeit auf sich nehmen muss, so könnte man fast denken — wenn man in Erwägung zieht dass von 5,460 nur 168 Todtgeburten den Hebammen, von 2,498 aber 259 den Aerzten zur Last fallen — dass die Ersteren entweder mehr Glück oder mehr Verstand als die Letzteren hätten.

Obgleich Aerzte gesetzlich gezwungen sind, das Vorhandensein ansteckender Krankheiten dem Gesundheitsrath sofort anzuzeigen, so lassen sie sie doch, in dieser Hinsicht, viel Nachlässigkeit zu Schulden kommen. Die folgenden Zahlen der durch ansteckende Krankheiten verursachten Todesfälle sind richtig; hinsichtlich der während des Jahres vorkommenden Krankheitsfälle sind sie beinahe richtig:

Pocken;	- -	0
Scarlatina;	Angezeigt:	853 Fälle.
	Todesfälle:	90 = 10.5%.
Diphtheritis;	Angezeigt:	178 Fälle.
	Todesfälle:	100 = 56.18%.
Masern;	Angezeigt:	1,063 Fälle.
	Todesfälle:	54 = 5%.
Pertussis;	Angezeigt:	10 Fälle.
	Todesfälle:	4 = 40%.

Eine sofortige Anzeige aller Fälle solcher Krankheiten würde gewiss eine verringerte Sterblichkeit ergeben.

Der städtische "*Medical Relief*" für Arme wird von fünfundzwanzig Bezirks-Aerzten besorgt; jeder dieser Aerzte bezieht ein jährliches Gehalt von $300. Zusammen behandelten dieselben im vergangenen Jahre 11,203 Patienten, machten 23,201 Besuche und verschrieben 15,481 Rezepte.

Der projektirte Bau eines Crematoriums und einer Morgue erregen allgemeines Interesse.

Dr. Robert W. Stewart.

San Francisco, 1. August 1886.

Warum Sie so lange nichts von mir gehört haben? Viele Gründe, gute und schlechte, könnte ich Ihnen dafür angeben; genügend erscheint schon der eine: San Francisco ist noch immer kein wissenschaftliches Brunstnest von hinlänglicher Bedeutung, um allmonatliche Berichte lesenswerth zu machen.

In den letzten Tagen des April tagte, wie alljährlich hier, die *Medizinische Gesellschaft des Staates California.*

Wie gewöhnlich bei derartigen Gelegenheiten wurden wahre Orgien der Beredtsamkeit abgehalten,— zu Nutz und Frommen der Wissenschaft.

Bemerkenswerth war der Vortrag Dr. G. Chismore's über ein von ihm konstruirtes und benutztes Instrument, welches zugleich zur Steinzertrümmerung und Entleerung der Fragmente bei der Litholapaxie dient. Es ist dem Bigelow'schen nachgebildet, doch ausgehöhlt und mit einem Obturator versehen. In den Händen des Erfinders hat es zu sehr schönen Erfolgen beigetragen.

Die übrigen Vorträge waren mehr referirenden Inhalts und berichteten mit mehr oder weniger Geschick über die Leistungen des Jahres in den Spezialfächern der Herren Referenten. Zum Präsidenten für das neue Geschäftsjahr wurde Dr. Thorne (San José) erwählt.

Unter den Beschlüssen, welche die Sanktion der Gesellschaft erhielten, ist der folgende von allgemeinerem Interesse:

Beschlossen: Im Interesse der Eintracht, und von dem Wunsche beseelt, dem in Washington abzuhaltenden internationalen Congresse zum Erfolge zu verhelfen, empfiehlt die Medizinische Gesellschaft des Staates Californien der *American Medical Association* die Annullirung der Comité-Bestimmungen von 1884 und 1885 und die Vereinigung beider Comités mit der Anweisung, ein vollständig neues Programm auszuarbeiten.

Unterschrieben von Dr. J. Simpson, Dr. Beverly Cole u. A.

Eine andere Resolution hob hervor, dass in neuerer Zeit mehrfache Versuche gemacht wurden, für mangelhafte Wiederherstellungen der Funktionen, nach schweren Verletzungen der Extremitäten, die behandelnden Chirurgen verantwortlich zu halten, trotzdem diesen absolut keine Schuld beizumessen war. Mit Rücksicht darauf sollte der Präsident ein Comité zur Untersuchung dieser Angelegenheit ernennen, und dies eventuell die Statuten einer Hülfsgesellschaft ausarbeiten zum Schutze der Profession.

In unserer *County Medical Society* demonstrirte der Präsident, Dr. Taylor, sieben in seinem Besitz befindliche Präparate von Aneurysmen des Aortenbogens. Krankengeschichten und pathologisch-anatomische Beschreibungen wurden äusserst fragmentarisch gehalten, objektive Untersuchungsbefunde während des Lebens gar nicht angegeben.

Er führt an, dass alle 29 (!) Aorten-Aneurysmen, die ihm in den letzten Jahren zur Untersuchung vorkamen, eine syphilitische Vergangenheit hatten. Operativ-therapeutische Versuche hat er nicht angestellt, sondern begnügte sich mit der Verordnung von Ruhe, Jodkali und diätetischen Verhaltungsmaassregeln.

Dr. Hoffmann hielt einen Vortrag über chronische Metritis, und besprach die Indikationen der Emmet'schen Lacerations-Operation, sowie der Schroeder'schen und Martin'schen Excisionen bei dieser Krankheit.

Im Verein deutscher Aerzte wurden mehrere Sitzungen durch eine allgemeine Diskussion über Diphtheritis ausgefüllt. Aetiologisch, symptomatologish, pathologisch-anatomisch und therapeutisch wurde sie verhandelt und die reichen Erfahrungen der älteren Mitglieder besprochen. Im Allgemeinen scheint die Krankheit hier viel milder, als im Osten und in Europa aufzutreten, besonders trugen die Epidemieen der letzten 5 Jahre einen überwiegend gutartigen Charakter.

Die meisten der anwesenden Mitglieder konnten sich nicht auf den Standpunkt Jacobi's stellen, welcher bekanntlich die gewöhnlich „phlyktenuläre Tonsillitis" genannte Krankheit als mildeste Form der Diphtheritis auffasst, und ihre Fähigkeit, die schlimmsten Formen der Diphtheritis durch Ansteckung zu erzeugen oder direkt in sie überzugehen, verficht.

Ihr Correspondent berichtete mehrere Fälle, wo in Familien derartige Tonsillitiden neben unzweifelhaften schweren Diphtheritisfällen des Rachens und der Nase mit nachfolgenden Lähmungen der Gaumen und Augenmuskeln und in einem Falle die seltene einseitige Lähmung des *Platysma myoides* und *Biventer maxillae* von ihm beobachtet wurden, stand aber mit seiner Ansicht der Zusammengehörigkeit dieser Formen, trotzdem noch andere Mitglieder die Infektionsfähigkeit der *Tonsillitis phlyctenularis* als solcher zugaben, ziemlich vereinzelt.

Dr. Ferrer demonstrirte Bacterienpräparate nach Oertel, welche das Interesse der Beschauer in hohem Grade erregten.

Ich weiss nicht, ob östliche Fachzeitungen den Bericht des Dr. Arning über Lepra gebracht haben.

Dr. A. wurde bekanntlich von der deutschen Regierung nach den hawaischen Inseln geschickt um an Ort und Stelle und mit den modernsten Hülfsmitteln der bacteriologischen Forschung ausgestattet, Lepra zu studiren. Er hat die zwei Jahre, welche er theilweise in Honolulu theils auf der Lepra-Insel Molokai zubrachte, redlich ausgenützt, und eine auch nur halbwegs einsichtige Regierung würde mit der dankbaren Entgegennahme seines Berichts ihn zur Fortsetzung seiner Arbeiten veranlasst haben. Nicht so der erleuchtete gesetzgebende Körper der Kanaken. Weil Dr. A. in weiser Zurückhaltung keine voreiligen Publikationen seiner unvollendeten Experimente und Privatbeobachtungen dem öffentlichen Berichte einverleiben wollte, entzog man ihm den Regierungs-Zuschuss und was wichtiger war, die von der Regierung gewährten Facilitäten zur Beobachtung und Untersuchung. Denn so sehr waren die weissen Ansiedler von der Richtigkeit seiner Forschungen und deren Resultate überzeugt, dass sie ihm die Geldmittel liefern wollten wenn die Regierung wieder die alten Privilegien gewährte; doch wurde nur ein so geringer Theil derselben zugestanden, dass die gewissenhafte Fortsetzung seiner Arbeiten unmöglich war und Dr. A. dankend ablehnte. Ich sende Ihnen den ausgezeichneten Bericht des jungen Forschers; Ihre Leser würden Ihnen gewiss für die Veröffent-

lichung desselben danken.*— Wir befinden uns hier in einer gelinden Aufregung, am Vorabend des Empfangs unserer Gäste, der Veteranen der G. A. R. Auch in medizinische Kreise ist die Feststimmung mächtig eingedrungen und Vorbereitungen zur Bewirthung und Unterhaltung der Herren Collegen von der G. A. R. werden mit Emsigkeit betrieben.

Hoffentlich ist es uns vergönnt, den Herren ein ungetrübtes, farbenreiches Erinnerungsbild, an unsere schöne Stadt und den herrlichsten Staat der Union, mit auf den Heimweg zu geben.

Schade dass sie kein alter Veteran sind.

Mit Gruss Ihr Dr. J. R.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend.

Sitzung vom 7. Juni 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann.
Sekretäre: Dr. J. Schmitt und Dr. Willy Meyer.

Dr. Koehler stellte einen früheren, während der letzten acht Jahre völlig gesund verbliebenen Patienten vor, dessen Krankheit und Genesung den Gegenstand seines Vortrages bildete:

Pleuritis und Lungenabscess eines fünfjährigen Knaben; operative Eingriffe; Heilung.

(Derselbe ist auf S. 93 dieser Nummer abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. Conrad bemerkt, dass er eher geneigt sei, den Fall als ein primäres Empyem mit nachfolgendem Durchbruche nach Innen aufzufassen. Freilich seien die Durchbrüche nach der Lunge viel seltener. Er betont die Schwierigkeit zu entscheiden, welcher Prozess der primäre sei, der in der Lunge oder der in der Pleura.

Dr. F. Lange hält es für wahrscheinlich, dass es sich in dem erwähnten Falle um ein abgekapseltes pleuritisches Exsudat gehandelt habe, ebenso wie an den anderen (beiden?) Punkten auf derselben Seite, welche operativ angegriffen wurden; wenigstens sieht er keinen zwingenden Grund, einen Lungen-Abscess anzunehmen, da die Anwesenheit geschmolzenen Lungengewebes in dem Eiter nicht konstatirt zu sein scheine. Abscesse, die in den Lungen entstehen, perforirten wohl meistens nach den Bronchien. Er selber hat nur einmal einen Lungen-Abscess bewusst operirt und nach Rippen-Resektion und Drainage Heilung erzielt. Hier war die Diagnose durch die Anwesenheit kleiner nekrotischer Gewebspartikel in dem vorher aspirirten Eiter festgestellt worden. Die Erscheinungen einer lobären Pneumonie des unteren Lappens waren vorhergegangen. In einem anderen Falle, den er mit College L. Conrad kurz vor dem *Exitus lethalis* sah, und welcher als Empyem aufgefasst worden war, zeigte die Autopsie, dass es sich in der That um einen Lungen-Abscess der linken Seite handelte. Ueberall gegen die Thoraxwand hin war noch eine dünne Schicht wandständi-

*) In nächster Nummer werden wir einen Auszug daraus bringen.—D. Red.

gen Lungengewebes. Der Eiter hatte das Zwerchfell perforirt, Abscess in der Milz veranlasst und der Tod war schliesslich an Peritonitis erfolgt. Die Krankheit hatte sich, seiner Erinnerung nach, über eine Reihe von Monaten hingezogen.

Der Umstand, dass in Dr. Koehler's Falle eine Pneumonie vorausgegangen, hält er nicht beweisend dafür, dass man der an derselben Stelle später eingetretenen Eiterung den Charakter des Lungen-Abscesses vindiziren müsse. Im Anfange des Jahres 1886 habe er eine Reihe von Empyemen operirt, welche sich nach den Aussagen der bis dahin behandelnden Collegen an typische lobäre Pneumonieen angeschlossen hätten. Es habe ihm beinahe den Eindruck gemacht, als ob damals eine Epidemie von Pneumonie mit Steigung zu dieser Komplikation geherrscht habe.

Er erlaube sich im Anschluss an diesen Gegenstand eines von ihm operirten Falles Erwähnung zu thun, dessen richtige Deutung erst durch die Sektion gegeben wurde. Ein Mann von etwa 40 Jahren hatte seit fast 4 Jahren an fistulösen Eiterungen, entsprechend dem rechtes obern Lungenlappen, gelitten. Der Anamnese nach musste man annehmen, dass es sich ursprünglich um eine Pneumonie, im Anschluss daran um ein Empyem gehandelt hatte, welches seiner Zeit mittelst Thoracocentese behandelt worden war. Jetzt schien eine alte mit Granulationen ausgekleidete Empyemhöhle vorzuliegen. Der Patient hatte Aerzte in aller Herren Länder consultirt, überall denselben Bescheid erhalten und meistens waren ihm operative Eingriffe zur Beseitigung des Leidens vorgeschlagen worden. Dr. Lange machte wiederholt Lippen-Resektionen und Auskratzungen. Einige Tage nach dem dritten operativen Eingriff starb der Patient innerhalb weniger Stunden unter starker Dyspnöe und Kollaps.

Die Sektion ergab, dass eine tuberkulöse Caries im Bereich der Körper des 2. bis 4. Brustwirbels mit Betheiligung einiger der zugehörigen Rippen rechterseits das Grundleiden war. Eine flache unreelgmässig geformte, und von hartem schwieligem Gewebe umgebene Eiterhöhle an den Wilbelkörpern kommunizirte mit der anscheinenden Empyemhöhle und durch einen Fistelgang mit dem Oesophagus. Der Tod war dadurch veranlasst worden, dass ein kleiner, scharfer, der 4. Rippe angehöriger Sequester in den gesunden Theil der Pleurahöhle, unterhalb des übrigens abgekapselten Herdes um den oberen Lappen perforirt hatte. In die so eröffnete Pleurahöhle war Eiter und Injektions-Flüssigkeit gedrungen. Symptome eines ernsten Wirbelleidens hatte der Patient nie dargeboten. Der obere Lungenlappen war ganz schwielig und luftleer, wies aber keine käsigen Deposita auf.

Dr. Koehler hält im Schlusswort an seiner Auffassung fest und erachtet die Mittheilung der ausführlichen Krankengeschichte gerechtfertigt — sowohl wegen der Seltenheit des Falles, als auch wegen der vollkommenen Heilung.

Nach einer Exekutiv-Sitzung, in welcher 3 Kandidaten aufgenommen werden, erhält Dr. J. W. Gleitsmann das Wort zuseinem Vortrage über:

Mundathmung, ihre Ursachen, praktische Bedeutung und Behandlung.

(Derselbe ist in No. 1 des 2. Bandes der N. Y. M. P. (S. 1) abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. A. Schapringer erwähnt, dass Major in Montreal bei mundathmenden Kindern häufig *Enuresis nocturna* beobachtet und mit der

Mundathmung und der davon abhängigen Kohlensäure-Ueberladung des Blutes in ursächlichen Zusammenhang bringt. Ausser Major hat bisher blos Ziem in Darmstadt ähnliche Beobachtungen veröffentlicht. S. ist bisher eine derartige Coincidenz nicht vorgekommen und er erkundigt sich, ob vielleicht Andere unter den Anwesenden in dieser Beziehung glücklicher gewesen sind.

Dr. Tœplitz zieht für die Behandlung der adenoiden Vegetationen bei kleinen Kindern die Operation in der Narkose vor; auch er hält für das passendste Instrument die Hohlmeisselzange.

In Bezug auf die Amputation der Tonsillen giebt er den nach dem Fahnestock'schen Prinzip konstruirten Tonsillotomen, besonders aber dem vom Instrumentenmacher Reiner in Wien modifizirten, wegen seiner leicht zu bewerkstelligenden Reinigung den Vorzug.

Letzthin hat er einen Fall von syphilitischer Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand operirt. Die Verwachsung wurde mit einem gekrümmten Messer eingeschnitten und dann mit Galvanokauter erweitert. Seitdem ist die Communikation zwischen Nasen- und Rachenraum wieder vorhanden; Geruch und Geschmack sind wiedergekehrt. Ersterer war nur scheinbar verschwunden gewesen; wenn Patientin früher auf etwas Riechbares mit dem Munde blies, hatte sie doch eine Art von Geruch. Die Oeffnung wurde mittelst wattenumwickelter Sonden offen erhalten; sie ist heute schon wieder etwas verengert.*)

Dr. Willy Meyer möchte die Aufmerksamkeit der Specialisten auf die, wie ihm scheine, noch zu selten geübte Rouge'sche Operation zu lenken. Dieselbe bezweckt, die Nasenhöhle grösseren, die gleichzeitige Einführung mehrerer Instrumente erfordernden chirurgischen Eingriffen auf einfache und bequeme Weise zugänglich zu machen. Bei dieser Operation wird die obere Zahnfleisch-Lippenfalte von dem einen ersten Backzahn bis zum anderen gespalten und nun Oberlippen, Nasenflügel und Septum mit Scheere oder Messer vom Oberkiefer abpräparirt. So wie mann in der Nasenhöhle ist werden 2 mittelgrosse, gebogene, stumpfe Hacken eingelegt, welche die eben genannten Theile sammt der Nase mit Leichtigkeit nach oben geklappt halten und auf diese Weise das Nasen-Innere Augen und Instrumenten in ausgedehntem Maasse erreichbar machen. Die Blutung ist gering. Nach vollendeter Operation und gründlicher Desinfektion der Wunde mit Jodoform, werden die Theile wieder an Ort and Stelle gebracht und in ihrer normalen Lage durch einen von einer Wange zur anderen quer über das Philtrum gehenden Heftpflasterstreifen unter leichtem Andrücken gegen den Knochen fixirt. Die Heilung geschieht meist ohne Aufwand und ohne jede Entstellung.

Dr. M. assistirte Professor Trendelenburg in der Bonner Klinik mehrfach bei dieser Operation und konnte sich dabei von der Vortrefflichkeit und Einfachheit der Methode überzeigen.

Dr. E. Fridenberg hat seit der Veröffentlichung Major's mehrere Fälle von *Enuresis nocturna* behandelt, aber niemals mit Nasenrachen-Affektionen kombinirt gesehen.

Dr. Gleitsmann hat diese Coincidenz bislang auch noch nicht beobachtet. Zur Verhütung der Wiederverwachsung der gespaltenen Brücke zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand empfiehlt er die Applikation der zuerst von Dr. Smith (New York) für diesen Zweck

*) Und 14. August noch offen.

empfohlenen Monochlor-Essigsäure auf die Wunde gleich nach der Inzision. Der durch dieselbe gebildete Schorf fällt nicht eher ab, als bis die Wunde der Hauptsache nach überhäutet ist. Auch die Eis-Essigsäure leistet ähnliche gute Dienste.

Hierauf erhält Dr. L. Conrad das Wort zu seinem Vortrage :

Ueber Herz-Lungengeräusch.

(Derselbe ist in No. 2 des 2. Bandes (S. 47) der N. Y. Med. Presse abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. Caillé hat das Herz-Lungengeräusch nicht für ein so häufiges Vorkommniss gehalten, als in der Mittheilung des Herrn Dr. Conrad angedeutet ist ; doch wird es sicherlich manchmal überhört und auch falsch aufgefasst. Zur Entstehung des vesiculären Herz-Lungengeräusches gehöre normales Lungengewebe und ein kräftiges mechanisches Moment. Bei energischer Kontraktion eines hypertsophirten oder durch Anstrengung zu aussergewöhnlicher Thätigkeit angefeuerten Herzens dürfte die Aspiration der Luft in den benachbarten Lungenpartien hörbar werden.

Dr. Caillé erinnert sich 4 oder 5 Mal eine derartige Beobachtung gemacht zu haben ; in einem Fall handelte es sich um ein rauhes, bronchiales Herz-Lungengeräusch bei einem Kinde mit mässiger peribronchialer Lungenverdichtung.

Dr. Conrad's Klage und gute Definition und Besprechung des nicht pathologischen Geräusches verdiene die Beachtung der Collegen.

Dr. Schapringer erbittet sich nähere Erklärung in Bezug auf die von Dr. Conrad gebrauchte Ausdrucksweise, dass die linke Lunge mit dem kleinen zungenförmigen, das Herz überlagernden Fortsatze das sich systolisch verkleinernde Herz unterstütze.*) Die Elastizität des Lungengewebes bewirke, dass dieses Organ die Tendenz entfaltet, sich gegen den Hilus hin zusammenzuziehen, wodurch die Diastole des Herzens wohl begünstigt und unterstützt, der Systole jedoch im Gegentheil entgegengewirkt werde. Redner ist überzeugt, dass Herr Dr. Conrad den Ausdruck „unterstützen" nicht in diesem Sinne gebraucht habe, er stelle jedoch die Interpellation, damit Gelegenheit gegeben werde, etwa auftauchende Missverständnisse auszugleichen.

Dr. Conrad erwidert, dass der durch die Systole erzeugte negative Druck in der Brusthöhle ziemlich bedeutend sei ; alle Organe im Thorax geben diesem Drucke nach, die Lunge zuerst und ermöglicht so die Zusammenziehung des Herzens.

Dr. Tiegel : Die aspirirende Wirkung der Systole des Herzens pflegt man beim Menschen gewöhnlich folgendermaassen zu demonstriren : Man nimmt ein kleines u-förmiges Manometer, in das man einen Tropfen Tinte thut. Der eine Schenkel bleibt offen, an den anderen kommt ein Gummischlauch, der in ein Mundstück endet. Dieses nimmt der Demonstrator in den Mund, macht eine mässige Inspiration, hält den Athem an und verschliesst die Nase. Nun tanzt der Tropfen, nicht nur isochron, sondern synchron mit dem Arterienpuls des Demonstrirenden. Er bewegt sich bei jeder Pulswelle ruckweise entweder in der Richtung vom Herzen weg, oder umgekehrt in der Richtung zum Herzen hin. Die erstere Richtung hat man die positive, die letztere die negative genannt. Wenn der Demonstrator seine

*) S. 48 des Abdruckes in der Juli-Nummer.

Glottis schliest, dann muss die in die Wandungen der Mund- und Nasenhöhle eindringende Pulswelle die positive Bewegung bewirken. Ist aber die Glottis weit offen, dann erfolgt eine negative Bewegung als Differenz der eben erwähnten positiven und der grossen negativen, welche durch die Aspiration des Herzens veranlasst ist.

Der Herr Vorredner (Dr. Schapringer) habe gefragt, wie es für die Herzthätigkeit selbst nützlich sein könne, dass bei der Systole die Lunge stärker entfaltet werde. Hierauf möchte er sich folgende Bemerkung erlauben :

Es ist Thatsache, dass bei der normalen Bewegung des gesunden menschlichen Herzens venöse Ostien und Herzspitze nur minime Lokomotionen machen, dass hiergegen die Atrioventrikulargrenze bei der Diastole nach unten, bei der Systole nach oben sich bewegt. Die Dynamik der Flüssigkeiten zeigt uns, dass dies besondere Vortheile für Kraftersparniss hat — Vortheile die bis jetzt noch bei keinem anderen Pumpwerk realisirt werden konnten. Die Herzspitze ist der einzige Theil des Herzens, welcher der Brustwand, immer bei Systole und Diastole anliegt. Die oberhalb der Spitze gelegenen Herztheile werden bei der Systole von der Brustwand abgedrängt, dadurch dass sich eben die Lunge wie ein Keil zwischen beide eindrängt.

Er könne sich — namentlich auf Grund abweichender Verhältnisse bei Thieren — sehr wohl denken, wie dies zur sicheren Führung der Atrioventrikulargrenze und so zur Unterstützung einer hydrodynamisch wichtigen Eigenthümlichkeit des menschlichen Herzen beiträgt.

Dr. Conrad weist zum Schlusse nochmals darauf hin, dass mit einiger Aufmerksamkeit das Herz-Lungengeräusch in vielen Fällen zu hören, doch müssen die von Bamberger und Koellicker zuerst beschriebenen Bedingungen zum Zustandekommen desselben erfüllt sein.

Bücherschau.

Medicine of the Future; an address prepared for the annual meeting of the *Brit. Med. Ass'n.* in 1886 by Austin Flint, sen. New York; D. Appleton & Co; 1886.

Diese in etwa 30 grosse Oktavseiten enthaltene Ansprache, welche zu verlesen dem vorzüglichen Autor leider nicht mehr vergönnt war, ist eine sehr lichtvolle Schilderung des präsumptiven Zustandes der Medizin im nächsten Jahrhundert. Alle Vorzüge, aber auch alle Schwächen und Gebrechen der heutigen schreib- und leselustigen Zeit werden vom Verf. besprochen. Die stets zunehmende Spezialisirung und Differenzirung der einzelnen Zweige der medizischen Wissenschaften wird in ihren jetzigen Beziehungen klargestellt und so mancher beherzigenswerther Warnungsruf wird laut, dass der Mediziner durch zu eifriges Eingehen in Spezialfächer die *Ars medica* als Ganzes nicht hintansetzen möge.

Die Ausstattung des Büchleins ist vorzüglich; ein schöner Stahlstich des Verstorbenen ist neben dem Titelblatt. G. W. R.

Progress; A Monthly Magazine for Students and Practitioners of Medicine. Edited by Dudley S. Reynolds, A. M., M. D.

Dieses neue medizinische Monatsheft erscheint seit Juli in Louisville. Jede Nummer enthält auf 50 Seiten zusammengedrängt eine grosse Anzahl von Originalartikeln; einige derselben sind von bleibendem Werthe und bieten etwas Neues, so z. B. derjenige von Dr. Edward von Donhoff: "A rapid Method in Fractures," (S. 55—58, No. 2), welcher—wie mehrere andere in derselben Nummer veröffentlichte—in der letzten Versammlung der *Kentucky State Medical Society* verlesen wurde. Namentlich zahlreich sind die Sitzungsberichte von medizinischen Gesellschaften; wir zählen daselbst nicht weniger als vier, nämlich die *Mitchell District*, die *Beech Fork*, die *Kentucky State* und die *Mississippi Valley*.

Jedenfalls ist das Journal sehr gut redigirt und darf man ihm wohl ein gutes Prognostikon stellen. G. W. R.

A Treatise on the Diseases of the Nervous System by William A. Hammond, M. D. *Eighth Edition* ; New York ; D. Appleton & Co.

Der Umstand, dass seit 1871, dem Jahre in welchem dieses Werk zum ersten Male erschien, sieben neue Auflagen nöthig geworden sind, giebt einen augenfälligen Beweis dafür, dass dasselbe sich einer grossen Popularität unter den studirenden und praktizirenden Medizinern erfreut.

Die reiche Erfahrung des Verfassers und die vorzügliche Auswahl, welche er in Bezug auf diejenigen Kapitel getroffen hat, in denen er sich an andere Autoren anlehnt, sowie der klare, fliessende Styl machen das Werk zu einem sehr schätzbaren Führer für den Studenten und den praktischen Arzt, welcher nicht mit den Ansprüchen des Spezialisten an dasselbe herantritt. G. W. R.

Paul F. Munde, M. D. ; Electricity as a Therapeutical Agent in Gynökology. — *American Journal of Obstetrics ;* Vol. XVIII ; December, 1885.

Für die Geburtshilfe im engeren Sinne, also zum Austreiben der Frucht, der Nachgeburt und zum Stillen der Blutung wurde schon wiederholt die Anwendung des konstanten und auch des inducirten Stromes empfohlen. In einer nicht gerade häufigen aber sehr gefährlichen Affektion leistet die Elektricität dem Gynökologen sehr wichtige Dienste, nämlich bei Exhauterinsschwangerschaft. Indem sie hier das fötale Leben tödtet, rettet sie das mütterliche.

Trotz der günstigen Empfehlungen wird man die Elektricität während und unmittelbar nach der Geburt ausserhalb des Spitales nur ausnahmsweise anwenden können, denn man hat noch keine guten Apparate, die leicht und rasch transportirt werden können. Anders in chronischen gynäkologischen Fällen. Hier kann die Behandlung im Konsultationszimmer des Arztes vorgenommen werden.

M. hat von der Anwendung eines schwachen konstanten Stromes die besten Resultate gesehen. Den Induktionsstrom wendet er nur ausnahmsweise und fast nur zur Hervorrufung von Menstrualblutungen an.

Die Beschreibung der besonderen Elektroden und die Regeln, welche der Verf. für die gynäkologische Praxis giebt, sind so wichtig, dass sie im Originale nachgelesen werden müssen.

Im Einzelnen wurde die Elektricität angewendet in folgenden Fällen :

1. Bei unvollkommener Entwickelung des Uterus und der Ovarien. — Bei denjenigen Zuständen, die man als infantile Bildungen bezeichnet, wirken häufig angewendete Induktionsströme als *Irritans* und können Amenorrhöe und consekutive nervöse Leiden gebessert werden. — Wenn bloss ganz rudimentäre Organe vorhanden sind, hat die Anwendung der Elektricität keinen Zweck.

2. Bei Amenorrhöa. — Das Hauptkontingent der vom Verf. behandelten Fälle betraf verheirathete Frauen, denen nach rasch wiederholten Schwangerschaften, ein vergrösserter, hyperplastischer Uterus mit indurirten Gefässwandungen geblieben war, oder die, während allgemeine Fettsucht sich zu entwickeln begann, anämisch und hydrämisch wurden.

3. Subinvolution des Uterus und Menorrhagie.—Wenn der Uterus gross, weich, sacculent und gefässreich ist, wie man es 3 bis 6 Monate nach der Geburt findet, dann ist der Induktionsstrom indicirt. In späteren Fällen, wo das Organ hart geworden ist, soll man den konstanten Strom anwenden.

4. Bei Hyperplasie des Uterus. Lange Zeit fortgesetzte Anwendung des konstanten Stromes vermag das Volum des Organs zu reduziren und Reflexneurosen zu bessern.

5. Bei Superinvolution des Uterus.—Atrophie des Uterus nach einer Geburt, mit oder ohne Atrophie der Ovarien, ist eine nicht häufige Erscheinung. Durch geeignete Anwendung des konstanten Stromes wurde sie und ihre Folgezustände gebessert.

6. Bei chronischer Oöphorditis und Pachysalpingitis. — So wenig wie durch andere Mittel, kann bei diesem Leiden durch Elektrizität eine *Restitutio ad integrum* erzielt werden. Wohl aber kann ein häufig angewendeter konstanter Strom in Verbindung mit Blasenpflastern und anderen ableitenden Mitteln grosse Erleichterung gewähren. Namentlich wirkt der Strom schmerzstillend, wenn er auch im Krankheitsprozesse selbst keine bedeutenden Veränderungen hervorbringt.

Dieses Stillen der Schmerzen ist ebenfalls die Hauptwirkung des Stromes.

7. Bei chronischer Entzündung des Bindegewebes und des Peritoniums des Beckens.

8. Bei Neuralgien des Beckens, sowohl lokalen wie reflektorischen,

9. Bei Lymphadenitis und Lymphangitis. — Die hierzu gehörigen Krankengeschichten können nicht wohl im Auszuge mitgetheilt werden.

10. Bei obstruktiver und neuralgischer Dysmenorrhöa. — Durch konsequente Anwendung des negativen Poles auf den Uterus kann Erweiterung des Cervikalkanales bewirkt werden.

11. Bei Erosionen des Cervix. — Dieselben heilen, wenn sie mit einem metallischen negativen Pole leicht angeätzt werden.

12. Bei Verlagerungen des Uterus. — Hier soll der Induktionsstrom versucht werden. Bei Flexionen dürfte mehr zu erwarten sein, als bei Versionen. Bei frischen Prolapsen nach der ersten Geburt wurden gute Resultate erzielt durch Induktionsstrom mit adstringirenden Tampons.

13. Bei Tumoren. — Bei diesen kann man die elektrolytische Wirkung starker konstanter Ströme verwenden.

Es ist zu bedauern, dass der Verf. die Stromstärken nicht in Milliampers angegeben hat, da dieses die Anwendung seiner Methoden für einen Nachfolger wesentich erleichtern würde.

Grundzüge der anatomischen und klinischen Chemie. Von Ludwig I. W. Thudichum. Hirschwald. Berlin 1886.

In einer Reihe von Capiteln handelt das Buch über Stoffe, welche der Verf. dargestellt hat aus dem Gehirn und aus dem Xeron. Daran schliessen sich Abschnitte, welche handeln über die Pigmente des Eidotters, der Gallensteine und der Galle. Der lezte und nach des Ref. Urtheil verständlichste Abschnitt des Buches handelt über Kumys. Meistens behandelt der Verf. Gegenstände, die noch viel umstritten sind und darum trotz des Titels „klinische Chemie" einstweilen wohl kaum eine klinische Verwendung finden können. Namentlich aber dürfte von chemischer Seite manche Ansicht des Verf. Widerspruch erfahren, so auch die auf Seite 240 dargelegte, dass der Begriff „Alkaloid" so erweitert werden muss, dass Eiweiss-Substanzen und Peptone darin aufgenommen werden.

Dem Abschnitt über Kumys entnimmt Ref. folgende Daten: Stutenmilch ist reich an Milchzucker, aber arm an Fett und Casein. Wenn das Casein gefällt wird, scheidet es sich in feinen Flocken aus, ähnlich wie bei der Menschenmilch. Bei der Gährung der Stutenmilch laufen Wein- und Milchsäuregährung nebeneinander her. Anfangs wird eine Portion Casein gefällt, die mit fortschreitender Gährung zum grössten Theil wieder gelöst wird. Die hauptsächliche Tugend des Kumys sowohl als Getränk, als auch als Heilmittel beruht auf der gleichzeitigen Gegenwart des Alkohols, der Kohlensäure, der Milchsäure, des wiedergelösten Caseins und des überschüssigen Milchzuckers.

Electricity in Medicine. By A. L. Ranney, M. D. Appleton & Co., New York, 1885.

Das erste Drittel des Buches ist der Elektrophysik und der Beschreibung der von den Aerzten gebrauchten Apparate gewidmet. Dabei ist auf die Fabrikate der bekannten und mit Recht berühmten Firma Waite & Bartlett, N. Y., besondere Rücksicht genommen. Es ist dieses Capitel, sowie das ganze Buch den besonderen Bedürfnissen des amerikanischen Studirenden angepasst. Der zweite Abschnitt des Buches handelt über Diagnostik und der dritten über Therapie. An vielen Stellen des Buches sind des Verfassers eigene Erfahrungen angeführt. Besonders zu erwähnen sind die Feder-Elektroden und das *"diagnostic key-board"* des Verf. (S. 70 und 71). Dem kurz, aber klar geschriebenen Buche ist ein grosser Leserkreis zu wünschen. E. T.

Personalien, etc.

Prof. Kraepelin, *bisher am Dresdner Stadt-Krankenhause* ist zum Nachfolger des Prof. Emminghaus als o. ö. Professor der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik in Dorpat ernannt worden. E. ist nach Freiburg i. B. berufen worden.

An pekuniärer Unterstützung fehlt es Pasteur nicht. Bis Anfang Juni hatte der Fond für betr. Institut die Summe von einer Million Franken überschritten. Dazu kommt nun noch eine Bewilligung des Abgeordnetenhauses von 200,000 Francs und das Geschenk eines Grundstückes von Seiten des Pariser Stadtrathes, welches eine Fläche von 2,500 Quadratmetern umfasst.

Auch an der Wiener Universität ist man jetzt entschlossen, während des Sommers Ferien-Curse abzuhalten.

Zum o. ö. Professor der medizinischen Chemie a. d. Universität Kiew wurde Prof. Gustav Bunge, bisher in Basel, zum a. ö. Professor der operativen Chirurgie ebendaselbst Privatdozent Dr. Morosow, bisher in Charkow, ernannt.

Ein Logen- und Vereinshospital der Stadt New York soll gegründet werden und zwar hofft man, dasselbe bereits am 1. Januar 1887 eröffnen zu können. Daselbst soll unter Anderem den in's Hospital aufgenommenen Kranken das Privileg zugestanden werden, dass sie sich von ihrem Haus-resp. ihrem Logenarzte behandeln lassen dürfen.

Sein fünfundzwanzigjähriges Jubiläum als Anatomie-Professor in Krakau feierte kürzlich Dr. Ludwig Teichmann; seinen Bemühungen verdankt die dortige Universität ein anatomisches Institut ersten Ranges.

Eine Konsultation über den Zustand des Ex-Khedive von Aegypten fand kürzlich in Rom statt. Derselbe leidet an Lithiasis und Albuminurie; die konsultirenden Aerzte waren Senator Moleschott, Semmola und Cardarelli.

Am 1. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Vorsitzender: Prof. Winckel, welcher im Juni in München tagte betheiligten sich Munde (N. Amerika), Pozzi (Frankreich) und Slavianski (Russland).

Todtenliste.

Dr. Max Küchler, einer der bekanntesten und tüchtigsten deutschen Aerzte in Newark, N. J.

Dr. Alfred S. Purdy in New York.

Francis Mason, Chirurg am St. Thomas Hospital in London, der sich um die Technik der Haut-Transplantation sehr verdient gemacht hat.

Prof. Grigori Sokolski in Moskau. S. war der Erste, welcher in Russland über Geisteskrankheiten akademische Vorlesungen hielt.

Prof. Joseph Kaulich, Pädiatriker a. d. deutschen Universität zu Prag.

Frank H. Hamilton, New York.

H. Mass, der berühmte Chirurg, Würzburg.

Marlboro, Mass., January 28, 1886.

The Smith and Shaw Electric Co.:

Meine Herren! Ich habe Ihre Taschen-Batterie jetzt lange genug im Gebrauche, um sagen zu können, dass ich sie für eine der besten, bequemsten und stärksten Batterieen halte, die ich je benutzt habe. Es ist die Batterie für den beschäftigten Praktiker. Ihr ergebener

E. H. Ellis, M. D.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. II. New York, September 1886. No. 4.

Mittheilungen über gewisse Formen von Neuro - Psychosen, welche die Tuberculose begleiten und häufig maskiren. *)

Von Dr. L. Weber.

Dass sich der Phthisiker nicht selten in einer von der normalen abweichenden Gemüthsverfassung befindet, gehört zu den alltäglichen Beobachtungen. Häufig ist seine Stimmung eine heitere, hoffnungsvolle, die *spes phthisica* der älteren Autoren, und harmonirt durchaus nicht mit den objectiven Erscheinungen der tödtlichen Krankheit. Dieser hoffnungsvollen Stimmung begegnen wir zumeist in acuter Tuberculose, und ist dieselbe so hartnäckig und irrationell zugleich, dass sie einer wirklichen Illusion gleichkommt, deren Wachsthum zunimmt mit dem Wachsthum der zu Grunde liegenden Krankheit. Im letzten Stadium dieser Fälle beobachten wir nicht selten Delirien religiösen Charakters mit expansiven Wahnideen. Jeder Arzt hat solche Fälle gesehen; die phthisische Störung ist nicht da bevor die objectiven Symptome der Phthise deutlich nachweisbar sind, desshalb hat auch erstere hier keine diagnostische Bedeutung.

Den entgegengesetzten psychischen Zustand beobachten wir in vielen Fällen von chronischer Phthise, vorzüglich in der Form, welche *Phthisis latens* und *Phthisis larvata* genannt worden ist. Gemüthsdepression und Misstrauen herrschen im ganzen Verlauf dieser Fälle vor, obgleich die Krankheitszeichen weder so schwer, noch so deutlich sind als in der acuten Form der Phthise. Ziemlich häufig gehen die psychischen Symptome den objectiven Zeichen mehr minder lange Zeit vorauf. Gemüthsdepression und Erschlaffung, verknüpft mit unstätem Wesen, sind für das Initialstadium der latenten Phthise charakteristisch, und gewöhnlich von allgemeiner functioneller Schwäche begleitet, einer Form von Neurasthenie, welche in solchen Fällen leider oft mit Unterleibsstörungen oder Malaria in Verbindung gebracht wird. Die Haut solcher Patienten ist gewöhnlich auffallend bleich und schlaff, der Puls schwach. Die objectiven Symptome sind in manchen Fällen unbedeutend und werden übersehen, in andern ist auch eine oft wiederholte sorgfältige Untersuchung auf Monate und Jahre hinaus nicht im Stande einen phthisischen Lungenprocess zu constatiren. Ferner können in den Fällen, in welchen die Psychose das Krankheitsbild beherrscht, die gewöhnlichen Erscheinungen wie Husten, Auswurf, Dyspnöe ganz fehlen, und oft gerade da, wo die Untersuchung der Brust ziemlich bedeutende Störungen in der Lunge nachweist. Im weiteren Verlaufe tritt die Gemüthsdepression mehr zurück und ein Bild der Erschöpfungsneurose in den Vordergrund, abwechselnd mit Reizbarkeit und leichter Exaltation. Diese Art Kranke sind durchaus nicht geneigt regelmässig zu arbeiten oder sich zu amüsiren; entschliessen sie sich ja einmal zu dem

*) Nach seinem Vortrage, gehalten vor der *American Neurological Association* im Juli 1886.

einen oder anderen, so fehlt das dauernde Interesse. Ihr Zustand möchte als eine Mischung von subacuter Manie und Demenz bezeichnet werden, in welchem bald die eine bald die andere Form der psychischen Störung vorherrscht, gegen das Ende der Krankheit jedoch die Erscheinungen der Demenz das Feld behaupten. In den Fällen, in welchen deutliche Remissionen in den zwei Arten der psychischen Störung vorkommen, sind dieselben weder so vollständig, noch so regelmässig, noch so lang, als in der idiopathischen Form des circulären Irreseins; auch ist die Depression der Phthisiker mit Irritabilität vergesellschaftet und fehlt ihren Illusionen die fixe Idee. Das Hauptmoment der letzteren bildet das „Misstrauen."

In dieser Hinsicht interessant ist der Fall der *Frau Marie B. aet.* 36, *X para*, welche im Januar 1879 in meine Behandlung kam. Ihr Vater starb an *Apoplexia cerebri;* die Mutter, ein energisches, nervöses Weib, ist gesund, ebenso zwei Schwestern, während die etwas schwachsinnige dritte einmal einen Selbstmordversuch machte. Frau B. ist immer in guten Verhältnissen gewesen, glücklich verheirathet, hat drei gesunde Kinder und war bis zu ihrem 29. Lebensjahre geistig und körperlich gesund. Im Jahre 1878 wurde ihr ein alter Dammriss zugenäht; die Wunde heilte *per primam*, doch hatte sie während der 10 Tage, welche sie zu der Zeit im Bette verbrachte, einen Anfall von febrilem Exanthem, welches als *Urticaria* bezeichnet wurde und rasch vorüberging. Bald darauf fing sie an, an sog. *Malaria* zu leiden, nahm Chinin ohne besonderen Erfolg, und zog endlich aus ihrem Hause, dem vermeintlichen Herde der Ansteckung weg, obschon Niemand sonst im Hause *Intermittens* oder sonstige Krankheit hatte, welche auf die Einwirkung eines „*house-poison*" hätte zurückgeführt werden können. Im Winter 1878 fühlte sie sich mehr minder krank, und ging deshalb im Sommer 1879 nach Europa, wo sie häufige leichte Fieberanfälle hatte, abwechselnd mit gastrischen Störungen; auch stellte sich wieder ein febriles Exanthem ein, das sie eine Woche ans Bett fesselte und mit Abschuppung endete. Dazwischen kurze Perioden relativen Wohlbefindens. Husten und Auswurf wurden nicht beobachtet, dagegen fortwährende Missstimmung und speculative Argumentation über ihre Malaria und Blutvergiftung, welche letztere sie auf den operativen Eingriff zurückführte. Als ich Frau B. nach ihrer Rückkehr im Januar 1880 zuerst sah, fand ich sie von blassem Aussehen, doch ziemlich wohlgenährt mit gutem, etwas raschem Pulse, normaler Temperatur, normaler Respiration. Kein Husten, kein Auswurf, Appetit unregelmässig, Stuhlgang bald verstopft, bald diarrhöisch, selten normal. Kräftezustand gut, kein anhaltendes Gefühl von Mattigkeit; grosse Abneigung gegen Arbeit und Vergnügen; nichts war ihr so angenehm als den langen Tag über ihr eigenthümliches Leiden mit Jedem, der Lust hatte, zu plaudern, resp. zu argumentiren. Untersuchung der Lungen negativ, Milz und Leber nicht vergrössert noch empfindlich; der retrovertirte Uterus war leicht zu replaciren und durch Pessarium in der normalen Stellung zu erhalten. Appetit und Verdauung besserten sich auf passende Diät, doch beobachtete ich sehr bald, dass P. in der That leicht fieberte, manchmal täglich ca. eine Woche lang, sodann in unregelmässigen Intervallen. Chinin half nicht und der Verdacht auf Intermittens musste fallen. Im Laufe der nächsten zwei Jahre blieb sich der Zustand so ziemlich gleich; nur verlor sie langsam an Gewicht und gewann ein schlechteres Aussehen; bekam häufig Weinkrämpfe, Anfälle melancholischer Verstimmung; die Fieberanfälle wurden häufiger, doch keine

Spur von Husten und Auswurf. Allerdings hatte ich scharfen Verdacht auf latente Phthise, aber weder ich noch Andere konnten durch häufig vorgenommene Untersuchungen in der febrilen noch afebrilen Zeit bei der Kranken eine Lungenläsion nachweisen.

Im März 1883 entdeckte ich zum ersten Male feine Rasselgeräusche und die s. g. *respiration saccadée* über der Spitze und dem oberen Vordertheil des rechten oberen Lappens, ebenfalls eine leichte Dämpfung h. o. r., doch kamen und gingen diese Symptome mit gleichzeitigem spärlichem schleimig-eitrigem Auswurf in ganz unregelmässiger Weise. So unbedeutend und vorübergehend waren diese Veränderungen, dass noch im Juli desselben Jahres eine bekannte Autorität in Deutschland P. nahezu 6 Wochen unter Beobachtung behielt, bevor er mit der Thatsache obiger Wahrnehmungen und meiner Diagnose "*Phthisis latens*" übereinstimmen konnte. Während des Aufenthaltes drüben waren die allgemeinen Erscheinungen ähnlich den oben beschriebenen, auch hatte sie wieder febriles Erythem, das mit Abschuppung endigte — eine Form von Hauterkrankung, welche bis zum Tode der P. Ende letzten Jahres noch mehrmals vorkam.

Bei ihrer Rückkehr im Herbst 1883 war ihr Kopf ganz von der Idee der Blutvergiftung zur Zeit der Perinealoperation eingenommen; gegen die Vorstellung einer leichten Lungenerkrankung machte sie energische und lärmende Opposition. Sie wurde schwanger, die Schwangerschaft verlief gut, und Ende 1884 gebar sie einen ziemlich kräftigen Jungen ohne Beschwerden.

Ungefähr 4 Wochen nach der Entbindung hatte sie wieder Fieber und fing an sehr hysterisch zu werden. Sie wandte sich an den Arzt, der seiner Zeit ihr Perineum genäht hatte, dieser bestärkte sie in der Idee der Blutvergiftung, weil er subcutane Einspritzungen von antiseptischen Mitteln an ihr vornahm. Der physische Zustand der P. wurde darauf nicht besser, der geistige so verschlechtert, dass die Wahnvorstellung der Vergiftung durch den Arzt mit Beihilfe von einer ihr verwandten Dame, zur fixen Idee auswuchs, die leichte Anfälle von Manie zur Folge hatte. Es wurde nothwendig P. auf ca. 2 Monate in ein Privatasyl zu bringen.

Im Sommer 1885 machte der tuberkulöse Prozess in beiden Lungen bedeutende und rasche Fortschritte, und im Auswurfe waren Bacillen und elastische Fasern nachzuweisen. Im August wieder leichte Manie mit fortwährenden Selbstmorddrohungen. Nochmals Aufenthalt im Asyl für 6 Wochen. Vom October an grosse Schwäche und Apathie, Tod im December.

Ein Fall von Tuberkulose, in welchem die Lungensymptome übersehen und P. wegen Melancholie *ex amenorrhœa* behandelt wurde, ist der der *Schwester B. vom Orden St. Francis*. Sie ist 32 Jahre alt, gross, mager, sehr blass, *Hereditaria*; Appetit und Verdauung ganz unregelmässig, Puls langsam, schwach. Amenorrhöe seit 14 Monaten. Gesichtsausdruck trägt den Stempel der Melancholie. Obgleich ich keine Mühe hatte bilaterale Lungenphthise nachzuweisen, so hatte sie doch keine der gewöhnlichen Zeichen der Krankheit, weder Husten noch Auswurf; aber irreguläres Fieber und allmälige Abmagerung mussten den Verdacht einer möglichen Lungenerkrankung erregen. Auf roborirende Diät, Leberthran, die Hypophosphitsalze, gelegentlich Dosen Antipyrin und gute Pflege im Allgemeinen, besserte sich der physische Zustand in auffallender Weise, sowie die allgemeine Ernährung. Doch war dies nicht von Dauer, sie wurde im Mai wieder melancholisch, machte mehrere Versuche sich zu erhängen, und soll sich jetzt in einem

desolaten Zustande in einem dem Orden gehörenden Institute im Westen des Landes befinden.

Die vasomotorischen Neurosen betreffend, so sind es vorzugsweise die leichten und schweren Formen der Hysterie, welche die latente Phthise häufig als Maske trägt. Patientinnen meist hereditär belastet, welche Monate und Jahre lang verschiedene spinale und arthropathische Erscheinungen hysterischen Charakters darboten, lassen später nicht selten die Zeichen der Lungentuberkulose erkennen.

Der Fall von *Frau J., alt* 25, *hereditaria, primipara*, ist in dieser Richtung interessant. Sie ist eine sehr fette Person, und seit 2 Jahren wegen rheumatoider Gelenksaffektionen und Neuralgieen in meiner Beobachtung.

Ich glaube, dass genannte Störungen in diesem Falle auf tuberculöser Basis beruhen. Sie hat kein Fieber, aber hie und da leichte Hämoptoe mit wenn auch nur transitorisch nachweisbaren Störungen, bald im rechten, bald im linken *Apex*, wie sie für Spitzenaffektionen charakteristisch sind. Weder Bacillen noch elastische Fasern sind bis jetzt bei ihr nachgewiesen worden, noch leidet sie an Bronchialcatarrh; dennoch hege ich kaum einen Zweifel, dass bald der phthisische Process in ihren Lungen im Gange sein wird.

Ein anderer Fall endlich, welchen ich im November 1886 sah, betraf *Frau W., aet.* 35, *hereditaria, X para*, welche seit mehreren Monaten mit *Hemianaesthesie, Hemiparesis, transitorischer Amaurosis unilateralis* und mit verschiedenen *Neuralgieen* und *Arthralgieen* in abwechselnder Reihenfolge geplagt ist. Vor Kurzem stellten sich Fieber und Nachtschweisse ein, die Gelenkschmerzen nahmen zu, und sie war seit einigen Wochen zu Bette, als ich gerufen wurde, um meinen Rath zu ertheilen in Bezug auf das rheumatische (?) Fieber, welches dem Chinin und Salicyl nicht weichen wollte. Sie hatte nur wenig Husten und spärlichen Auswurf, doch hatte ich keine Schwierigkeit Spitzenaffectionen nachzuweisen, so dass es wahrscheinlich erschien, dass das Fieber etc. auf tuberculöser Infection beruhte. Ich habe seitdem gehört, dass die rheumatoiden und neurotischen Erscheinungen nachgelassen hätten, die Phthise aber progressiv geworden sei.

Die Fälle von Neuro-Psychosen bei Phthisikern, von welchen ich hier einige prägnante Beispiele gegeben habe, betrafen zumeist das weibliche Geschlecht. Das hereditäre Element spielte eine bedeutende Rolle in der Aetiologie derselben; die nervösen Erscheinungen liessen sich ungezwungen durch die tuberculöse Infection erklären, welche zu Ernährungs- und Functionsstörungen des centralen Nervensystems führen, oft lange schon bevor sich Lungen- oder Darmtuberculose nachweisen lässt. Das Tuberkelvirus, welches in hereditären Fällen z. B. in den Bronchial- und andern Lymphdrüsen vorhanden ist, kann in den Kreislauf aufgenommen, doch wohl ebenso gut das Nervengewebe, als Gelenke, Knochen und andere Körpertheile erkranken machen, wenn ich auch gerne zugebe, dass manche der oben beschriebenen Symptome durch Anämie und Ernährungsstörungen allein im Gefolge der Infectionskrankheit hervorgebracht worden sein können. Häufig beobachtet man ein umgekehrtes Verhältniss zwischen der Lungenerkrankung und der des Nervensystems, so dass letztere bedeutende, den Patienten und seine Angehörigen beängstigende und irreführende Symptome macht, während die Respirationsorgane noch wenig afficirt sind.

Der Verlauf dieser *Phthisis larvata* ist gewöhnlich chronisch aber progressiv, die Prognose in Bezug auf dauernde Besserung oder gar

Heilung schlechter als in den gewöhnlichen Fällen; wohl auch deshalb, weil es wegen Unstätigkeit, Willensschwäche, Misstrauen und Wankelmuth solcher Patienten so schwer ist einen definitiven Kurplan fortzuführen. Und dazu kommt noch das Gespenst der Heredität!

Von spezifischen Heilmitteln lässt sich in der Phthisio-Therapie nichts Rühmenswerthes sagen, aber viel Gutes ist schon erreicht worden durch dauernden Aufenthalt in reiner Luft, und muss die Wahl „ob See- oder Bergluft" den Indicationen des einzelnen Falles mit Sorgfalt angepasst werden, und muss der Patient am betreffenden Orte sich unter fortwährender Beobachtung eines Arztes befinden, welcher Phthisiker mehr als Phthise zu behandeln versteht. Fast fürchte ich, dass manche Aerzte nicht wissen, dass der Phthisiker, und vorzugsweise einer der erwähnten Sorte, viel moralische Behandlung und ermuthigenden Zuspruch braucht, bevor wir ihm zutrauen können, eine systematische, penible und lange dauernde Behandlung durchzuführen. Ein sorgfältiges Regime, immerwährende Zufuhr reiner, frischer Luft 'bei Tag und bei Nacht' die allergrösste Sorgfalt dabei, Erkältungen zu vermeiden, deshalb auch immer passende Kleidung und Bedeckung; Bäder, selbst kühle Douchen und Stimulantien gegen Nachtschweisse, Antipyrin, wenn nöthig, gegen Fieber, ferner vorsichtig unternommene Körperbewegungen zur Förderung der Herzthätigkeit, gehören zu den Hauptmitteln, welche uns zur Bekämpfung des phthisischen Prozesses zu Gebote stehen. Von der grössten Wichtigkeit ist dabei die Zufuhr kräftiger Nahrung *per os* und wenn nothwendig *per rectum*, ja die Fütterung resp. Uebernährung ist die *conditio sine qua non* einer Besserung und eventuellen Heilung des Patienten.

25 W. 46. Strasse.

Die Ursache der Rotation des Foetus im Becken.

Von Dr. D. T. Smith, Louisville, Ky.

Wenn wir die Form der weiblichen Pelvis und des foetalen Kopfes in Betracht ziehen, so scheint der Schluss am natürlichsten, dass der Durchmesser des letzteren mit dem kurzen des mütterlichen Beckens in allen Fällen korrespondiren sollte, in welchen eine Rotation von weniger als 90° nothwendig ist um ein derartiges Zusammenfallen herbeizuführen. Wenn nun aber wirklich der Kopf des Foetus aus rechten und linken Hinterhauptlagen in die resp. umgekehrten Lagen rotirt, so wirkt dabei ein Faktor mit, der bisher in der Theorie dieses Mechanismus nicht berücksichtigt worden ist.

Es ist ein allgemein anerkanntes physikalisches Gesetz, dass ein Körper sich in der Richtung des geringsten Widerstandes fortbewegt. Im Becken liegt dieselbe entlang der hinteren Wand. Es ist daselbst am breitesten und bildet eine Kurve von grösserem Radius als die vordere Wand; auch sind die knochigen Wandungen derselben durchaus gleichmässig. Die vordere Wandung ist weit enger und die dieselben bildenden Theile (die Schambeine) haben einen kleinen senkrechten Durchmesser, so dass die Weichtheile über denselben vorwärts geschoben werden können und die austretenden Theile des Foetus von der Symphyse festgehalten werden und daselbst einen grossen Widerstand finden.

Betrachten wir jetzt den anderen Theil, welcher der durch die Bewegung erzeugten Reibung ausgesetzt ist (Rumpf und Extremitäten

des Foetus), um zu konstatiren, wo derselbe den geringsten Widerstand bietet. In der üblichen Flexion des Foetus bietet der hintere Theil desselben eine vollkommen glatte Oberfläche. Wenn das Haar auf dem Rücken schon entwickelt ist, so wird durch dasselbe die *vernix caseosa* auf der Haut haften bleiben und dadurch eine schlüpfrige Oberfläche gewahren. Am Vordertheil des Foetus jedoch stehen Stirn, Nase und Schultern vor. Das Gesicht hat sehr wenig Haarwuchs, so dass die Hautschmiere besser abgespült wird. Aus allen diesen Gründen wird die Reibung daselbst bedeutend grösser sein. Behalten wir nun das vorerwähnte physikalische Gesetz im Auge und folgen der Bewegung des Foetus während seiner Austreibung, so ergiebt sich Folgendes:

Es werden sich sowohl Occiput wie Sinciput in der Richtung des geringsten Widerstandes bewegen und daher nach der Richtung des Kreuzbeines zu rotiren. Das Sinciput jedoch wird vermöge seiner eckigeren Konfiguration im Vortheil sein und während des Eintretens in Pelvis den leichteren Weg das Kreuzbein entlang einschlagen; dadurch zwingt es das Occiput in die Richtung nach Vorne, so dass dasselbe unter der Symphyse austritt. Anstatt also mit Dr. Berry Hart zu sagen, dass kein Kindestheil sich dem Kreuzbein zuwendet, der nicht dazu gezwungen wird durch andere Kindstheile, die sich nach vorne wenden, muss es gerade umgekehrt heissen: Kein Kindestheil sucht in Hinterhauptslagen sich nach vorne zu drehen.

Das gleiche Resultat wird, wie leicht einzusehen ist, bei protrahirten Geburten herbeigeführt werden, in deren Verlauf der Kopf wiederholt vorgedrängt wird und wieder zurücktritt. Indem der Kopf vorrückt, wird er der vollen Reibung ausgesetzt sein; beim Zurücktreten aber, weil eben schon eine Erweiterung der Theile stattgefunden hat, ist die Friktion verringert und kann in Folge dessen jedesmal eine, wenn auch noch so geringe, Rotation stattfinden. Bei Zwillings- und Drillings-Geburten sind nach der Geburt des ersten Kindes die Theile schon so erweitert, dass der Reibungswiderstand nahezu aufgehoben erscheint; daher finden wir auch in diesen Fällen bei den nachfolgenden Kindern diese Form der Rotation in den wenigsten Fällen vor.

Ueber Sprachstörung.*)

Von H. Bohn.

Der nachfolgende Beitrag zur Dysphasie des kindlichen Alters wird wesentlich mit eigenen Erfahrungen sich beschäftigen. Ich schliesse jedoch von dieser Mittheilung diejenigen Beobachtungen aus, wo die Sprachstörung auf wirklichen Gehirnkrankheiten beruhte, wo das centrale Sprachgebiet durch Entzündung, Eiterung, Erweichung, durch tuberculöse Ablagerungen, durch Traumen u. s. w. gelähmt oder zerstört worden war. Fälle dieser Art sind selbstverständlich, die Sprachstörung ist hier Nothwendigkeit und erscheint als eine ziemlich nebensächliche Folge unter anderen, weit schwereren Hirnsymptomen. Es sollen aber zweitens auch die angeborenen Aphasien unberücksichtigt bleiben, wo die Kinder gar nicht sprechen lernen, oder wo eine verschwindend kleine Zahl, oft noch verstümmelter Wörter, in ihren Besitz gelangt. Solchen Fällen liegen fast immer die Reste tiefer, intrauteri-

*) Aus dem „*Jahrbuche für Kinderkrankheiten, etc.*" Bd. XXV., Heft 1 und 2., Seite 95.)

ner Hirnkrankheiten oder Hirndefecte zu Grunde, und den häufig idiotischen Geschöpfen fehlt viel mehr und viel wichtigeres als die Sprache.

Anders, wenn Dysphasien im Verlaufe von Allgemeinkrankheiten hervortreten, deren Localisationsstätten fern vom Gehirne sich befinden und welche das letztere nur mittelbar, durch die hochgesteigerte Körperwärme, durch Blutveränderung, Inanition in Mitleidenschaft zu ziehen pflegen. Die Dysphasie gehört so wenig zum Bilde dieser Krankheiten, dass ihr Auftreten überrascht, und jedenfalls an ausnahmsweise Bedingungen geknüpft ist.

Ich werde hier nur die Sprachstörungen im Ileotyphus und bei der Scarlatina besprechen. Ueber Aphasie bei Masern, Keuchhusten, Diphtherie u s, w. besitze ich keine eigenen Erfahrungen. Dagegen werde ich zum Schluss einen Fall von Aphasie nach starker Gemüthsbewegung mittheilen.

1. Dysphasie und Ileotyphus.

Es ist eine Thatsache, dass Sprachstörungen bei typhuskranken Kindern viel häufiger vorkommen als bei Erwachsenen unter derselben Veranlassung. Die Kenntniss der typhösen Aphasie hat vom Kindertyphus ihren Ausgang genommen.

In der Literatur sind seit dem Jahre 1844, wo diese Störungen zuerst die verdiente Würdigung fanden, etwa 40 Fälle aus dem Kindesalter niedergelegt worden. Füge ich 8 eigene Beobachtungen hinzu, so stehen etwa 50 Kindern 7 Erwachsene, durchweg jugendliche Individuen, gegenüber. Lange Zeit trug der sechste Fall von Aphasie bei einer älteren Typhuskranken die Jahreszahl 1869. Jetzt finde ich bei Eichhorst den 7. Fall aus der Züricher Typhusepidemie vom Jahre 1884. In unseren verbreitetsten Lehrbüchern, denen von Niemeyer-Seitz, von Ziemssen (Liebermeister) und anderen, welche vorzugsweise den Typhus der Erwachsenen berücksichtigen, wird der Aphasie mit keinem Worte gedacht.*)

Die Sprache erfährt im Typhus oftmals Veränderungen, welche jedoch keine Dysphasien im eigentlichen Sinne sind. So darf als Sprachstörung nicht jenes leise und oft unverständliche Flüstern gerechnet werden, das in Typhen, wie in langen und schweren Erkrankungen jeglicher Art, theils durch die allgemeine Erschöpfung, theils durch die Muskelschwäche der, bei der Tonerzeugung mitwirkenden Organe bedingt ist. Auch die Unfähigkeit, bei halber oder fast voller Bewusstlosigkeit deutliche Worte, statt der unartikulirten Laute, hervorbringen zu können, begründet keine Aphasie. Es sind hier manche Verwechselungen begangen worden. Selbst der oft citirte und mit einer Section belegte Fall von Eisenschitz (*Jahrb. f. K.* II, 1869. S.

*) Die zerstreuten Beobachtungen über Sprachstörung im Typhus etc. sind gesammelt von A. Clarus (*Jahrbuch f. K.* Band VII, 1874), von R. Kuehn (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* Band XXXIV, 1883), von A. Steffen (*Jahrbuch f. K.* Band XXIII, 1885).—Man vergleiche ferner: Henoch (Vorlesungen über Kinderkrankheiten 1881. S 221 und 661), M. Bernhardt (Ueber die spastische Cerebralparalyse im Kindesalter, nebst einem Excurse über „Aphasie bei Kindern." Virchow's *Archiv* 102. Bd. 1885.)—Es sei hier gestattet, den Fall von Eichhorst (Handb. der spec. Path. und Ther. II. Aufl. Band IV. S. 353) beizufügen. Bei einem Telegraphenbeamten trat in der vierten Krankheitswoche des Typhus ganz plötzlich ein „apoplektischer Zustand" mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie ein. Nach vierzehn Tagen war der Mann vollständig wieder hergestellt.

443) erscheint mir aus letzterem Grunde als Aphasie durchaus fraglich. Dagegen stelle ich zur wirklichen Dysphasie die auffallend verlangsamte, schleppende Sprache, die Bradyphasie, welche man, meist in den ersten Reconvalescenztagen nach langen und auch durch andere Nervensymptome belasteten Typhen, zu hören bekommt. Die Artikulationsmuskulatur arbeitet frei, der Kopf der Kinder ist nicht benommen, ihre Aufmerksamkeit sogar gespannt, Verständniss und Urtheil offenbaren sich durch Mimik und Handlung als zutreffend. Aber die Kinder sprechen überhaupt wenig und lassen die an sie gerichteten Fragen oft unbeantwortet; wenn sie jedoch zum Sprechen sich entschliessen, so geschieht dies träge, schleppend; die einzelnen Silben und Wörter werden lang ausgereckt. Man begegnet dieser Erscheinung, obgleich man es anders vermuthen möchte, durchaus nicht häufig: Für sich bestehend habe ich sie nur bei einem $3\frac{1}{2}$jährigen und einem $10\frac{3}{4}$jährigen Knaben beobachtet; die schleppende Sprache verlor sich in der fortschreitenden Genesung. In zwei anderen Fällen dagegen ging die Bradyphasie schneller oder langsamer in echte Aphasie über, und gab hierdurch ihren innern Zusammenhang mit der letzteren kund. Bei Bouchut finde ich eine gleiche Beobachtung (zehnjähriger Knabe). Zugleich kehrte in diesem Falle, wie in einem zweiten von Anderson (dreizehnjähriger Knabe), die mehrwöchentliche Aphasie durch ein Stadium bradyphasischer Symptome allmälig auch wieder zur Norm zurück, so dass die Bradyphasie Einleitung und Schluss der Aphasie bildete.

Vollständige Sprachlosigkeit oder den Besitz von nur einzelnen Wörtern, d. h. die wirkliche Aphasie habe ich verhältnissmässig oft im Kindertyphus gefunden. Sie gilt in der Literatur für ungemein selten. Dr. de Montmolkin (Diss. aus dem Kinderspital des Prof. Hagenbach in Basel. Neuchâtel 1886) hat bei 295 Kranken mit Typhoidfieber niemals Aphasie notiren können. Ich besitze unter einer erheblich niederen Zahl 6 Fälle.

1. *Sechsjähriger Fritz Vogel.* Der Typhus konnte für schwer gelten hinsichtlich der nervösen Erscheinungen, während Fieber und Darmsymptome auf mässiger Höhe sich hielten. Sehr auffällig erschien ein am 10., 11. und 12. Tage der Krankheit auftretendes mehrmaliges Erbrechen, welches, da jede sonstige Ursache fehlte, zweifellos mit der sofort nachfolgenden Sprachstörung zusammenhing. Die letztere begann am 12. Krankheitstage, zugleich mit dem Anfang des Fiebernachlasses. Der Knabe fing zuerst an sehr zögernde Antworten in schleppender, gedehnter Sprache zu geben. Am nächsten, dem 13. Tage, hörte das Sprechen ganz auf. Bei Bewusstsein und Verständniss lag der Knabe ziemlich haltlos und mit leicht nach hinten gezogenem Kopfe da, häufig den rechten Arm planlos umherschleudernd. Unfreiwillige Stühle. Während des 14. und 15. Tages besserte sich der Zustand allmälig; die Aphasie erfuhr am 15. eine vorübergehende Unterbrechung. Vom 16. Tage ab konnte man den Eintritt der Reconvalescenz rechnen. Aber erst am 20. Tage kehrte plötzlich die volle Sprache wieder, nachdem sie 8 Tage ausgesetzt hatte.

Mehr ergänzend, als dass ich wegen der Dysphasie Gewicht darauf legen darf, führe ich an, dass der Knabe in seinem ersten Lebensjahre bei verschiedenen Anlässen eklamptische Zufälle gehabt hatte und dass er, wie ich später erfahren habe, vom zwölften Jahre ab epileptisch geworden ist. Der Vater war ein arger Säufer, eine Schwester geistig verwirrt.

2. *4½jährige Elma V.*, schwächlich, blutarm. Ein mittelschwerer Typhus, in welchem die Darmerscheinungen vorherrschen, während die nervösen gleich Null sind. Den sicheren Anfang der Sprachstörung festzustellen und den Krankheitstag, auf welchen er fällt, zu bestimmen, ist bei Kindern manchmal schwer, weil der Beginn der typhösen Erkrankung nicht genau zu ermitteln ist, und die Aphasie sich unvermerkt einschleicht. Im vorliegenden Falle war dieselbe im Anfang der zweiten Woche deutlich vorhanden und dauerte eine Woche lang, während welcher die Reconvalescenz sich zu entwickeln begann. Bei der kleinen Kranken konnte man wahrnehmen, wie dieselbe ein paar Tage hindurch sich abmühte, zu antwor-

ten und Wünsche zu verlautbaren, ehe zuerst einige leise Worte, dann die gewöhnliche Sprache voll zum Durchbruch gelangten.

3. 4½*jähriger Arthur Pr. Langer;* über vier Wochen dauernder Typhus, dessen Schwere auf den Nervenerscheinungen und dem hohen Fieber beruhte, indes die Unterleibssymptome gering waren. Vom achten Tage ab träge und schwere, gedehnte Sprache, vom 15. Tage ab vollständige Sprachlosigkeit. Der Knabe versteht und begreift Alles, was zu und neben ihm gesprochen wird. Am 17. Tage tiefe nervöse Depression, dabei häufiges Zähneknirschen, Zittern der Hände; fast unaufhörlich werden die Finger suchend und tastend auf der Bettdecke und im Gesicht herumgeführt. Mit dem 18. Tage beginnt das Fieber zu sinken. In der Nacht vom 21. zum 22. Tage werden die ersten, etwas unverständlichen Worte: Ja, nein, Zuckerwasser hervorgestossen. Schnell mehrt sich nun der Wortschatz, und am 23. und 24. Tage plappert der Junge fast unausgesetzt, in bald deutlicher, bald schwer verständlicher Sprache, richtiges und albernes Zeug, das sich fast ausschliesslich ums Essen drehte, durcheinander mischend. Die Aphasie fiel hier in die dritte Woche, dauerte etwa sieben Tage und endete mit den ersten Spuren der Reconvalescenz. Die Geschwätzigkeit, in welche dieselbe umschlug, erinnert an den Fall Keith, wo der 5jährige Knabe, der wochenlang sprachlos gewesen war, später den ganzen Tag fast ohne Pausen schwatzte, ferner an die grosse Redseligkeit eines 8jährigen Knaben (Wei-se), welcher drei Wochen lang mit Verlust der Sprache gelegen hatte, und wo nun dem Ueberfluss der letzteren durch Morphium ein Damm gesetzt werden musste.

4. 1¾*jähriges Mädchen F.*, das schon recht gut gesprochen hatte. Mittelschwerer Typhus. In der zweiten Krankheitswoche, bei bestehendem Fieber, Eintritt der Aphasie, welche mehrere Tage anhielt. Neben derselben bestanden Rückwärtsziehung und eigenthümliche, pendelartige Bewegungen des Kopfes. Alle diese Erscheinungen schwanden mit der beginnenden Reconvalescenz.

5. *Der* 6¾*jährige schwächliche Knabe Ludwig* wird in der zweiten Fieberwoche eines mittelschweren Abdominaltyphus aphasisch und fast gleichzeitig tritt eine Parese des rechten Armes und des rechten Beines auf. Facialis und Zunge sind frei geblieben. Der Knabe spricht nur ja und nein, und drückt auch seine Bedürfnisse in diesen beiden Worten aus. Er versteht Alles und thut, wenn auch zögernd, was man wünscht. Der Gesichtsausdruck ist blöde, aber das Kind ist des sprachlichen Unvermögens sich bewusst und dadurch ängstlich geworden. Der Kopf verharrt in Nackenstellung, die Pupillen sind gleich und von normaler Weite und Reaction. Aufgenommen, äussert er die lebhafte Furcht, zu fallen.—Nach zweimal 24 Stunden hat die Aphasie ein Ende, auch beide rechtsseitigen Extremitäten können etwas leichter bewegt werden, obgleich ein besonderer Willensantrieb dazu erforderlich scheint. In den nächsten Tagen erlangt das rechte Bein die volle Beweglichkeit wieder, indess der rechte Arm die Kraft und Geschicklichkeit noch längere Zeit entbehrt. Während sich die Veränderungen vollziehen, tritt der Knabe in die Reconvalescenz.

Zu dem ausgesprochenen Schwindelgefühl, welches derselbe, sobald man ihn aus dem Bette hob, durch den ängstlichen Ruf: ich falle, ich falle! tagelang zu erkennen gab, möchte ich bemerken, dass ich dieses Gefühl und diese stehende Kundgebung desselben wiederholt bei typhösen Kindern (auch ohne Aphasie), ein mal sogar bei einem febrilen Magenkatarrh getroffen habe. Das Symptom, welches man stets unter den frühen Anzeichen der tuberculösen Meningitis aufzuführen pflegt, verliert dadurch den ihm für letztere beigelegten besonderen Werth.

6. 4*jähriger Werner D.* Derselbe lag auswärts und wurde von mir nur einige Male consultatorisch gesehen. Am Ende der zweiten oder Anfang der dritten Woche hatte er bei abnehmendem und erlöschendem Fieber die Sprache vollständig verloren, gewann dieselbe jedoch nach kurzer Zeit wieder.

Man ersieht aus diesen Beispielen zunächst, dass die Sprachstörungen keineswegs einen allemal schweren Verlauf des Typhus voraussetzen, obwohl dies, wenn die bereits veröffentlichten Beobachtungen berücksichtigt werden, die Regel sein dürfte. Ob Schwächlichkeit, Blutarmuth, zarte Constitution der Kinder eine gewisse Prädisposition liefern, darauf ist bisher nicht hinreichend geachtet worden. Fünf meiner Kranken waren von der eben bezeichneten Art, drei dagegen kräftig und bis zu ihrer Erkrankung gesund. Ich zähle 6 Knaben und 2 Mädchen. Bei Knaben kommt die fragliche Störung überhaupt häufiger zum Vorschein. Immerhin sind die Mädchen, wie auch andere und grössere Zusammenstellungen gezeigt haben, nicht so günstig gestellt.

als es anfangs den Anschein hatte, wo zum Beispiel Dr. Clarus auf zehn Knaben nur zwei Mädchen rechnete.

Die Sprachstörung fällt bald in die Fieberhöhe der Krankheit, öfter in das *Stadium decrementi* oder in die beginnende Reconvalescenz. Sie hält durchschnittlich 6—7 Tage an, kann aber schon in zweimal 24 Stunden und selbst noch schneller überwunden sein, andererseits zuweilen wochenlang bestehen. Der vollständigen Aphasie geht in einzelnen Fällen Bradyphasie voraus, gewöhnlich erlischt das Sprachvermögen anscheinend plötzlich. Es wäre sicherlich von grossem Werth für die Pathogenese der Aphasie, zu wissen, ob der plötzliche Eintritt derselben noch von andern Gehirnerscheinungen begleitet wird. Nur bei Bouchut findet sich eine Angabe darüber; der aphasische Knabe, welcher bereits wieder zu sprechen angefangen hatte, erlitt abermals an einem Tage zwei weitere Anfälle von gänzlicher Sprachlosigkeit, wobei er jedesmal erblasste, die Augen divergirten, der rechte Mundwinkel verzogen wurde, das Bewusstsein aber erhalten blieb. In dem Falle von Eichhorst, der einen Erwachsenen betrifft, glich der Beginn einem „apoplektischen Zufalle."

Die Rückkehr der Sprache vollzieht sich fast immer in überraschend kurzer Zeit, und erfolgt häufig ebenso plötzlich, als die Sprache verschwunden war, oder nach kurzem Uebergange. Die Sprachfähigkeit pflegt ferner sofort im vollen Umfange wiedergewonnen zu werden, so dass es der allmäligen Einübung, des langsamen Wiederfindens der Worte selten bedarf.

In einem meiner Fälle kam während der achttägigen Aphasie eine vorübergehende Unterbrechung derselben am dritten Tage vor. Der Knabe hatte beim Umbetten „mein Bett" gelispelt. Dann sprach er wieder fünf Tage lang kein Wort. Die Literatur enthält einige ähnliche Beobachtungen.

Höchst bemerkenswerth für die Genese der Aphasie ist ihre Verbindung mit motorischer Lähmung, meist mit rechtsseitiger Paralyse oder Parese. Die Lähmung hat nur eine oder die beiden Extremitäten, manchmal zugleich das Gesicht und die Zunge ergriffen. Ausser meiner eigenen oben angeführten Beobachtung kommt die Verbindung von Aphasie und Lähmung, soweit es Kinder angeht, drei- bis viermal in der Literatur vor, während dieselbe bei den wenigen Erwachsenen häufiger, bei sieben Kranken viermal vorhanden war. Die Lähmung überdauert die Aphasie mehr oder weniger lange, und schwindet, ähnlich der Besserung bei blutigen Apoplexien, von unten nach oben.

Geht man auf die Bedeutung der typhösen Aphasie ein, so ist an dem Satze festzuhalten, dass alle, mit diesem Symptome belasteten Typhusfälle zusammengehören, und dass man kein Recht besitzt, die reinen Aphasien des Typhus, wie es beliebt worden ist, von jenen Fällen zu trennen, wo die Aphasie zugleich mit Paralysen vereinigt auftritt. Selbst die Fälle von reiner (meist rechtsseitiger) Paralyse ohne gleichzeitige Aphasie gehören in diese Gruppe hinein. Die sämmtlichen, mit den Symptomen dieser Art gekennzeichneten Fälle bilden eine, von den leichteren zu den schwereren Formen sich fortentwickelnde Reihe, welche der Ausdruck einer schwächeren oder stärkeren materiellen Störung ist, die ihnen zur Grundlage dient. Denn unsere Kenntniss von den Bedingungen der Aphasie überhaupt gestattet nicht, functionelle Aphasien von anatomisch begründeten zu unterscheiden. Das ungeheure Material, das über Aphasie in der Literatur aufgehäuft ist, verlangt auch für die leichtesten, mehr oder weniger flüchtigen Formen

derselben unabweislich die Annahme geweblicher, oder wenigstens cirkulatorischer Störungen in dem Sprachgebiet des Grosshirns.

Bisher hat keine Gelegenheit sich dargeboten, die anatomischen Vorgänge bei den Typhusaphasien an der Leiche zu studiren. Die grosse Verschiedenheit der Erkrankungen hinsichtlich der Dauer und Heilbarkeit der Aphasie, die fehlende oder vorhandene Verbindung der letzteren mit peripheren Lähmungen, mit Agraphie u. s. w. lässt auf eine sehr wechselnde Schwere in der anatomischen Lasion schliesen. Und ebenso schwanken die motorischen Lähmungen erheblich, was Ausbreitung, Stärke und Dauer betrifft, sie heilen ganz oder unvollständig; wo Arm und Bein gelähmt sind, kehrt die Beweglichkeit, wenn überhaupt, von unten nach oben zurück. Man kann unmöglich für die leichten Formen der typhösen Sprach- und Gliederlähmung eine materielle Schädigung des Hirns überflüssig finden, wenn man einer solchen Schädigung schon für die etwas schwereren Formen, geschweige für die unheilbaren Fälle durchaus bedarf.

Bei dem Mangel an Sectionsbefunden lag es nicht fern, als Grundlage für die typhösen Aphasien und Hemiplegien ähnliche parenchymatöse Degenerationen in der Hirnsubstanz anzunehmen, wie solche in den willkürlichen Muskeln, im Herzfleisch, in der Leber und den Nieren bei Typhus festgestellt sind. Die wenigen, histologisch genauer untersuchten Typhusgehirne haben in der That Veränderungen in den Ganglienzellen und Capillarwänden erkennen lassen, welche jenen parenchymatösen Degenerationen gleichwerthig erscheinen. Doch spricht mancherlei gegen die Ableitung der in Rede stehenden Hirnsymptome von solchen Vorgängen. Einmal die sehr enge räumliche Begrenzung, welche letztere haben müssten, wenn allein die Sprache, oder gar nur eine Extremität gelähmt ist. Entscheidender sind der zuweilen sehr frühzeitige Eintritt von Aphasie im Typhus, nach eben begonnenem Fieber, wo jene Degeneration schwerlich bereits zu Stande gekommen sein kann, und endlich das schnelle, oft plötzliche Aufhören der Aphasie. Wo namentlich das Letzte möglich ist, müssen beweglichere Ursachen, als parenychmatöse Veränderungen im Spiele sein.

Auch das Oedem, welches in den Typhusgehirnen nachweisbar mit der Schwere der vorangegangenen Erkrankung ziemlich parallel geht, und das in seiner allgemeinen Verbreitung durch die Hirnsubstanz wohl die Ursache mancher psychischen Störungen während des Lebens gewesen sein mag, kann für so specielle und so lokalisirte Symptome, wie Sprach- und Halblähmung, nicht verantwortlich gemacht werden.

Bis wir sicher aufgeklärt sein werden, dürfen Embolien (aus weicher Thrombenmasse, nicht sehr wahrscheinlich aus Mikroben, bestehend) oder beschränkte Hämorrhagien als die wahrscheinlichen Grundlagen der typhösen Aphasie und Lähmung erachtet werden.

2. Aphasie und Scharlach.

Viel seltener als im Verlaufe des Ileotyphus scheint Aphasie bei Scharlach zu sein. Man kann kaum ein halbes Dutzend veröffentlichter Fälle zusammenbringen.*) Nur einmal in einem Falle von Shepherd (1868) traf die Sprachstörung mit dem Beginn der Krankheit, mit dem Exanthem zusammen, und war von einer bilateralen (nicht hemiplegi-

*) Muskellähmungen (meist Hemiplegien) ohne Verbindung mit Sprachstörung scheinen etwas häufiger zu sein. (Kennedy, A. Eulenburg. Loeb, Henoch, M. Bernhardt, Taylor-Gaudard.)

schen) Lähmung begleitet. Albuminurie und Hydrops fehlten. Die Aphasie und die übrigen Lähmungserscheinungen verschwanden allmählich unter indifferenter Behandlung.*)

In den andern Beobachtungen fiel der Symptomcomplex von Aphasie und Lähmung in das Stadium der nachfolgenden Nephritis und verwebte sich auf's Engste mit dem Bilde der Urämie. Es sind die Fälle von A. Eulenberg und Finlayson (s. Clarus) und der meinige (später mitzutheilende), die auch im Uebrigen viel Uebereinstimmendes bieten. In einem vierten Falle von Addy (s. Clarus), der in der dritten Woche *post scarlatinam* seinen Anfang nahm, wird von Hydrops und Urämie freilich nichts gesagt, doch halte ich die letztere für annehmbar.

Neben der Aphasie und der Lähmung bestanden bei dem 14-jährigen von Addy noch Agraphie — bei meiner Kranken eine schnell vorübergehende Blindheit, Agraphie und erhebliche Störungen der Intelligenz, vornehmlich des Gedächtnisses.

Die Prognose aller dieser, mit Scharlach verbundenen Gehirnstörungen (und ebenso die Prognose der verwandten Fälle, wo nur hemiplegische Symptome ohne Aphasie verzeichnet sind) ist keine so günstige wie bei Ileotyphus. Eulenburgs 8-jähriger Knabe lies zwar nach acht Tagen den beginnenden Rückgang der Lähmungen erkennen; auch schwand die Facialparalyse gänzlich; aber noch zwei Monate später waren die rechtsseitigen Extremitäten nicht zur frühern Kraft und Gebrauchsfähigkeit zurückgekehrt, und ausser „ach" (was nein heissen sollte) und „ja" konnte kein weiteres Wort gesprochen werden. — Die Fortsetzung dieser Krankengeschichte hat Bernhardt den Sectionsbefund W. Sander nachgeliefert. Fünf Jahre später fand der Erstere noch Hemiparese der rechten Seite. Die Sprache hatte sich im Laufe der Jahre so gebessert, dass von Aphasie nichts zu bemerken war; auch las der Kranke, wenngleich langsam, doch richtig, und schrieb mühsam mit der linken Hand. Dagegen hatten seine geistigen Fähigkeiten schwer gelitten. Ein Jahr nach dem Scharlach waren nämlich zuerst rechtsseitige, später allgemeine, vorwiegend nächtliche Convulsionen hinzugekommen. Die Stumpfheit des Knaben nahm gegen Ende seines Lebens (nach weiteren sechs Jahren) immer mehr zu, so dass er als Idiot einer Pflegeanstalt übergeben werden musste. Eulenburg hatte seiner Zeit den Fall so gedeutet, dass das acute Gehirnödem und die Compression der Gehirncapillaren, welche den urämischen Anfall bedingten, als Residuen eine hydrocephalische oder nekrotische Erweichung besonders in den an die Fossa Sylvii angrenzenden Windungen des linken Stirnlappens zurückgelassen hätten. Die Section (elf Jahre später) zeigte keine Herderkrankung im Gehirn, aber eine sehr ausgesprochene Atrophie der linken Hirnhemisphäre, sowohl der Rinden- wie der Marksubstanz. Welcher Natur der dahin führende Process ursprünglich gewesen, liess sich nicht feststellen.

Finlayson fand bei seinem Kranken nach 1½ Jahren den rechten Arm noch beträchtlich, das rechte Bein sehr wenig gelähmt; die Sprachstö-

*) Ob der von M. Bernhardt nachträglich gesehene, ganz kurz erwähnte Fall (der siebente seiner Reihe a. a. O. S. 31) hierher gehört, lässt sich nicht entscheiden. Der 5jährige Knabe sollte elf Wochen vorher an schwerem Scharlach, und vor sieben Wochen an Krämpfen, die einen ganzen Tag anhielten, gelitten haben. Die Krämpfe sollten sich acht Tage später wiederholt und damals nur die rechte Körperseite sich betheiligt haben. „Zur Zeit meiner Beobachtung," fügt Bernhardt hinzu, „bestand keine rechts-eitige Lähmung. Der Knabe spricht aber gar nicht und scheint auch nicht zu hören."

rung war erheblich, doch zeigte sich der 10jährige kluge Knabe in Bezug auf die Wiedergewinnung der Sprache erziehungsfähig.

In meinem eigenen Falle waren Aphasie und rechtsseitige Hemiplegie im Laufe von Monaten geschwunden, aber der Geist des Mädchens hatte dauernd gelitten.

Die Aphasie und Muskellähmungen bei Scharlach werden durch die gleichzeitige Nephritis und Urämie viel verwickelter als bei Ileotyphus. Hier möchte ich die Bemerkung nicht zurückhalten, dass bisher von keinem Schriftsteller unter den Symptomen der Urämie die Aphasie genannt worden ist. Man wird fernere anatomische Aufschlüsse abwarten müssen. Die klinische Beobachtung und die bisher einzige Sektion weisen bei Scharlachaphasien und Lähmungen auf viel tiefere und ausgebreitetere Schädigungen der Gehirnsubstanz hin, so dass eine nur theilweise Herstellung erwartet und vorausgesagt werden darf.

7. Fall. Die neunjährige Jenny Br. erkrankte im Mai 1880 an einem Scharlach mit sehr starkem papulo-vesikulösen Ausschlage, lebhaften Schleimhautentzündungen (ohne Diphtheritis) und hohem Fieber. Am 7. Tage trat, bei wesentlich abgeblasstem Exanthem, Arthritis in den beiden Hand- und den Fingergelenken auf. Die Arthritis dauerte 5 Tage, worauf das Mädchen wohl und munter wurde. Im Laufe der 3. Krankheitswoche entwickelte sich Nephritis; die Hautödeme und der Ascites waren nicht bedeutend; der anfangs spärliche, schmutzigbraune Urin, der viel Eiweiss etc. führte, vermehrte sich unter dem Gebrauch von Salpetersäure, und wurde heller und reiner. Das Allgemeinbefinden war gut, der Appetit sogar stürmish.

Nach etwa zweiwöchentlichem Bestande der Nephritis und bei sehr geringer ödematöser Geschwulst traten am Vormittage des 7. Juni (32. Krankheitstag) Kopfschmerzen und Erbrechen auf, denen Nachmittags von 1—3 Uhr mehrere eklamptische Anfälle der heftigsten Art nachfolgten (das Kind hatte bis dahin niemals an Krämpfen gelitten). Am Ende derselben wurde ziemlich viel heller Urin entleert. Um 6 Uhr ist die Kranke noch nicht ganz bei sich. Eine Pilocarpin-Einspritzung (0,01) erzeugte sofort Erbrechen und bald hinterher sehr langen und starken Schweiss; die Speichelung war unbedeutend. Von ½8 Uhr bis 8 Uhr abermals Convulsionen.

8. Juni. Die Oedeme sehr erheblich vermindert. Es herrscht noch etwas Unbesinnlichkeit, doch lässt sich zweifellos Blindheit feststellen. Einer zweiten Pilocarpineinspritzung folgten wiederum reichliche Schweisse. Im weitern Verlaufe des Tages hellt das Bewusstsein sich immer mehr auf, kommt aber nicht zu voller Klarheit. Abends Aphasie; das Kind will sprechen, vermag aber nur ja und nein zu sagen. Zugleich sind der rechte Arm und das rechte Bein paretisch (die rechte Gesichtshälfte und die Zunge nicht). Das Sehvermögen ist wiedergekehrt.

9. Juni. Traumhafter Zustand, doch versteht das Mädchen Alles, was man zu ihm spricht, vergisst aber sofort das eben Gehörte. Es haben sich einzelne, zusammenhangslose Worte gefunden, welche das Kind indess unwillig machen, weil sie mit denselben nichts anzufangen weiss.

Während der nächsten acht Tage schritt die Besserung in allen Symptomen sehr langsam vor, die Sprechfähigkeit erweiterte sich, doch musste das Kind sich immer lange besinnen, ehe es zu antworten vermochte; das paretische rechte Bein war freier geworden als der rechte Arm.

1. Juli. Fast 4 Wochen nach den Krämpfen: Geistige Schwäche, namentlich des Gedächtnisses; das Mädchen vergass Alles schnell, oft sofort wieder, verlangte z. B. nach dem Mittagessen, das sie eben verzehrt hatte, fragte wiederholt dasselbe, was ihm bereits mehrfach gesagt worden war und was es selbst wissen musste. Das Sprechen war behindert. Schwierigen, namentlich konsonantenreichen Silben und Wörtern stand das Kind anfangs fast rathlos gegenüber, und wurden dieselben erst nach wiederholten mühsamen Ansätzen und Versuchen bezwungen. Das Schreiben ging äusserst langsam von statten; als dasselbe zuerst versucht wurde, waren die Schriftzüge undeutlich, kritzelig, mit der Zeit sind sie klarer geworden. Die Parese des rechten Beines erscheint gehoben, aber der Druck der rechten Hand ist erheblich schwächer als der Druck der linken. Auch leistet die rechte Hand nicht den vollen Dienst; beim Ergreifen des Löffels z. B. muss die linke Hand ihr nachhelfen.

Nach drei weiteren Monaten: Im Sprechen und Schreiben sind Fortschritte gemacht. Aber die Intelligenz, das Begreifen und namentlich das Gedächtniss sind noch sehr schwach, und die Schule, in welcher das Mädchen vor der Krankheit für sehr begabt galt, bereitet ihr jetzt die grössten Schwierigkeiten. Auch steht die Muskelkraft der rechten Hand der linken noch immer nach.

Im Laufe der nächsten Jahre haben sich alle Mängel ausgeglichen, bis auf die geistige Schwäche, welche dem Mädchen bis jetzt (Mai 1886) verblieben ist und die Beschränkung auf einen blos elementaren Unterricht geboten hat.

3. Aphasie und Gemuethserregung.

Ich habe diese Verbindung nur einmal beobachtet bei einem 13-jährigen Mädchen, das vielfach an Intermittens gelitten hatte, sensibel war und früher zu Weinkrämpfen geneigt gewesen sein soll. Am Nachmittage eines Tages gerieth ihr Vater über einen Dienstjungen in solche Wuth, dass die Tochter fürchtete, er werde denselben todtschlagen. Nicht auf der Stelle, im Anblick des Vorfalles, sondern erst später ging ihr plötzlich die Sprache aus. Sie konnte nur durch Geberden und mit Handbewegungen sich verständigen. Sie gab zu verstehen, dass sie sich beängstigt fühle; der Kopf schmerzte nicht, war aber wüst und heiss anzufühlen. Sie wurde in's Bett geschickt und der Kopf mit kalten Umschlägen belegt. Während der ersten Nachthälfte noch unruhig, schlief sie später vortrefflich, und wachte am nächsten Morgen mit der vollen Sprache wieder auf.

Einen so reinen, unzweideutigen Fall von Aphasie nach starker Gemüthserregung (Schreck und Angst) habe ich in der Literatur, soweit dieselbe Kinder betrifft, nicht gefunden. In der Beobachtung, welche Steffen (l. c. S. 131) kurz als „Aphasie nach Schreck" mittheilt, bestanden ausserdem allgemeine und später partielle Muskelkrämpfe, deren Anfälle erst nach acht Monaten aufhörten, worauf die Sprache allmälig wieder erschien. Dass die anatomische Grundlage in diesem letztern Falle eine andere, viel bedeutendere gewesen ist als in dem meinigen, kann mit Sicherheit behauptet werden. Bei meiner Kranken darf als Ursache der vorübergehenden Sprachlosigkeit eine starke Hirnhyperämie angenommen werden, wofür die begleitenden Symptome, der wüste, heisse Kopf, die Beängstigung sprechen; die Hyperämie dürfte auf Lähmung der Gefässnerven zurückzuführen sein.

Die Wirkung einer heftigen Gemüthserregung bleibt jedoch nicht immer bei der functionellen Störung der Gefässnerven stehen, sondern dieselbe vermag mit gleicher Schnelligkeit umschriebene Entzündungen im Gebiete gewisser Hautnerven zu veranlassen, wofür der Herpes labialis und facialis nach Schreck ein unbestreitbares Beispiel giebt. Ja, ich beobachte bei einer jungen Frau seit zwei Jahren von Zeit zu Zeit eine gleiche, sich oft wiederholende Herpeseruption nach Schreck an der Innenseite des linken Handgelenks und auf dem linken Daumenballen, woraus hervorgeht, dass die Hautäste des Trigeminus in dieser Beziehung nicht das ausschliessliche Recht zur Vermittelung des Herpes besitzen.

Ich will mit diesen Beispielen nur andeuten, dass starke Gemüthserregungen, vor Allem der Schreck, zweifellos auch im Gehirne gröbere anatomische Veränderungen, als blosse Hyperämien veranlassen können, und dass man dann neben der Aphasie noch andere nervöse Störungen und solche von längerer Dauer zu erwarten haben wird.

REFERATE.

Psychiatrie und Neurologie.

J. Wiglesworth. — Old amputation of left upper arm associated with an atrophied right ascending parietal convolution. – *Journ. Ment. Science.*, April 1886.

Eine 56jährige epileptische—aber nicht an Dementia leidende—Frau starb am 18. Sept. 1884 in Folge einer catarrhalischen Ulceration des Dickdarms.—Im 4. Jahresalter wurde sie derart verletzt, dass eine Amputation—im mittleren Drittel der linken oberen Extremität — vorgenommen werden musste,

Bei der Obduktion zeigte die rechte hintere Centralwindung eine nur ihr mittleres Areal betreffende Atrophie. Die vorderen Centralwindungen beiderseits waren durchaus gleichmässig entwickelt.

Verf. erwähnt noch zwei in der Literatur verzeichnete Fälle, in denen eine Atrophie der rechten hinteren Centralwindung vorgefunden wurde. In einem derselben—von Gowers—handelte es sich um eine congenitale Abwesenheit der linken Hand, in dem anderen—von Bastian und Horseley berichteten—um einen congenitalen Defekt der linken oberen Extremität.

M. Reinhold. — Ein Fall von Tumor der Zirbeldrüse.— *Deutsch. Arch. f. klin. Medicin.* B. 39, Heft I und II.

Fälle von Tumoren der Zirbeldrüse, in denen sich die Neubildung wesentlich auf die *Glandula pinealis* beschränkt, ohne auf die benachbarten Hirntheile überzugreifen, finden sich in der Literatur nur selten. Zahlreicher sind die Fälle, in denen die benachbarten Theile mit ergriffen sind. Fälle *reiner* Zirbelgeschwülste sind von Blanquique (Gaz. hebdom. 1871), Massoth (Lyon. med. 1872. Ne. 15), und Nieden (Centralblatt f. Nervenheilk. 1879. No. 8) beschrieben worden.

Die Krankengeschichte des Reinhold'schen Falles ist Folgende: Ein 19jähriger Mann, stets kränklich, litt viel an Kopfschmerz und Schwindel, die plötzlich im Anfange Januar 1884 begannen. Im Laufe des folgenden Tages mehrere Frostschauer und allgemeines Schwächegefühl. In den nächsten Tagen bestanden die Kopfschmerzen bald remittirend, bald exacerbirend fort. Appetit seitdem gestört. Stuhl unregelmässig. Am 9. Januar früh Erbrechen, und da sich nach dreitägiger Behandlung keine Besserung einstellte, wurde der Patient am 12. Januar 1884 im klinischen Hospital zu Freiburg aufgenommen.

Es wurden hier neben einem Gefühl hochgradiger allgemeiner Erschöpfung, ein andauernder, zeitweilig verstärkter, aber niemals schwindender Kopfschmerz notirt, und ferner Hitzgefühl abwechselnd mit Frostschauern im ganzen Körper. Temperatur durchaus normal. Es bestand fortwährend das Gefühl eines dumpfen Druckes im Schädel—lokale Empfindlichkeit desselben fehlte. Linke Lungenspitze leicht gedämpft, dort Athmungsgeräusch schwach, keine Rasselgeräusche. Am 16. Januar, einmaliges Erbrechen; Kopfschmerzen verstärkt—wesentlich in den beidenseitigen Schläfen und in der Stirngegend lokalisirt. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt die Abwesenheit von Stauungserscheinungen. Am 18. Januar unter Fieberbewegungen, wobei die Pulsfrequenz jedoch blos 64 betrug, trat ein excessiver, ohne bestimmte Lokalisation bestehender Kopfschmerz ein. Am 19. wurden

ein leichter *Strabismus convergens*, beruhend auf Insufficienz des linken *Musc. rect. ext.*, Steigerung der Sehnen- und Hautreflexe der unteren Extremitäten constatirt; nirgends Rigidität; keine Anästhesie und keine Hyperästhesie. Temp. schwankt zwischen 37.0—37.7° C.; Puls 60.; Wiederholtes Erbrechen von cerebralem Charakter. Patient klagt seit einigen Tagen nicht nur über Verschwommenheit der Gesichtsbilder, sondern auch einige Male totale Verdunkelung seines Gesichtsfeldes. Am 21. wurde eine ungleiche Innervation beider Gesichtshälften—die linke, speciell das untere Facialisgebiet, wird entschieden besser innervirt als die rechte Seite—constatirt. Es existirt ausser einer entschiedenen Zunahme der linksseitigen Abducensparese auch beiderseits der Consensus zwischen Lid- und Bulbusbewegung, bei der Blickrichtung nach abwärts nicht gelitten hat. 29. Januar: Andauernde Pulsverlangsamung—50 bis 60 Schläge. Die erwähnten Obscurationen stellten sich in den letzten Tagen wiederholt ein. 31. Januar: Unter Steigerung der Kopfschmerzen stellte sich Abends ein Krampfanfall derart ein, dass Patient bei vollem Bewusstsein plötzlich aufschrie und dann zuerst die linke Hand im Handgelenk gebeugt, die Finger in allen Gelenken gestreckt in krampfhaft tonischer Stellung hielt; dann begann ein ähnlicher Spasmus der rechten Hand, und nach einiger Zeit wurden auch die Ellbogengelenke krampfhaft flektirt. Dabei sahen die Hände bis gegen die Fingerspitzen hin, bei äusserst schwachem Radialpuls, ausserordentlich anämisch aus. Nach Ablauf von 8 bis 10 Minuten lösten sich zunächst die Beugestarre der Ellbogengelenke, erst später kehrte allmählig die Gebrauchsfähigkeit und normale Blutfülle der Hände zurück. Am 4. Februar bestanden eine leichte Empfindlichkeit der oberen Halswirbel und ein gewisser Grad von Nackenstarre. Puls etwas unregelmässig, 54 Schläge. Rechts wird auch eine geringere Abducensparese notirt, links hat sie zugenommen. Bewegungen im Gebiet der Oculomotorii ebenfalls gestört. Nystagmusartige Bewegungen treten beim Aufwärtsblicken auf. Deutliche Störungen im rechten Facialisgebiet. 6. Februar: Ptosis beiderseits. Antworten erfolgen ziemlich langsam. Es ist dem Patienten unmöglich zu stehen oder zu gehen. 14. Februar: psychisch benommen und schlafsüchtig. Am 15. bestand mehrmals Erbrechen. Patient bekommt einen 50 Minuten andauernden Anfall von Bewusstlosigkeit; dabei alle Glieder schlaff, Pupillen mittelweit, reaktionslos; Puls 42; urinirt ins Bett. 16. Februar: Ptosis links etwas stärker. Die opthalmoskopische Untersuchung ergiebt: Pupillen von gleicher Weite; beiderseits gut abgegrenzte Papille; nur wenig erweiterte Venenhauptstämme. Links längs der Temp. sup. auffallende Schlängelung eines Zweiges der Arterie, sowie der begleitenden Vene, inmitten einer leicht getrübten Stelle. 17. Februar: Patient benommen und spricht verwirrt. Zwei Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Verlangsamung der Respiration—10 Athemzüge in der Minute—von resp. 1 und 12 Stunden Dauer. Puls 56, regelmässig; Respiration schnarchend. Rechte Pupille enger als die linke; beide vollkommen starr. 18. Februar: Schlafsüchtig. Fasciculäre Muskelzuckungen und Zähneknirschen. 19. Februar: Ptosis beiderseits deutlich ausgesprochen. Linke Pupille weiter als die rechte. Abducensparese rechts stärker, links jetzt complet. Am 20. Februar stellte sich eine ziemlich plötzliche intensive Röthung des Gesichts und der übrigen Haut ein. Temp. Morgens 39.0° C., gegen Mittag 38.5° C. Um 2 Uhr trat Bewusstlosigkeit ein mit völliger Erschlaffung aller Muskeln und starker Cyanose, und um $3\frac{3}{4}$ Uhr *Exitus lethalis.*

Die Section ergab Folgendes: *Tabula vitrea* den Erhebungen der Gyri entsprechend arrodirt. Die Oberfläche der Dura an den arrodirten Stellen mit feinen, sammtartigen Granulationen besetzt. Das Gehirn, sowohl an der Convexität wie an der Basis, zeigte abgeplattete Gyri und verstrichene Sulci. Hauptsächlich in der Richtung der grösseren Venen tritt milchige Trübung der weichen Hirnhäute und Adhärenz derselben an die Rindensubstanz hevor. Es befindet sich ebenfalls reichliche klare Flüssigkeit in den subarachnoidealen Lymphräumen und unter dem Tentorium. Das *Chiasma nerv. opt.* und *Tuber cinereum* convex vorgewölbt. Beide Nn. abducentes abgeplattet, und von grau durchscheinender Farbe; ebenso zeigte sich der linke Oculomotorius etwas schmächtiger. Pons und Medulla abgeflacht und derart verschoben, dass die rechte Hälfte niedriger erschien als die linke. Dieser Verschiebung entsprechend springt das linke *Crus cerebelli ad pontem* stärker hervor als das rechte. Aus den Ventrikeln entleerte sich viel farblose Flüssigkeit; das rechte Seitenventrikel stark erweitert, Plex. chor. sehr blutarm. Von der Schnittfläche des Gehirns entleert sich kein Blut. Marksubstanz von milchig weisser Farbe und sehr weicher Consistenz; Rindensubstanz hellgrau. Das Marksegel zerfliessend weich und blutarm. Der 3. Ventrikel stark erweitert, die 3 Commissuren trotzdem erhalten.

Ueber der hinteren Commissur erhob sich ein haselnussgrosser Tumor, der mit den Plex. chor. fast verklebt war. Dieser Tumor (der sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Gliosarkom erwies) fand sich an der Stelle der *Glandula pinealis*. Die Hauptmasse des Tumors zeigte sich vorwiegend nach links gelagert; der linksseitige Thalamus opticus war infolge dessen nach vorn geschoben; ausserdem zeigte seine hintere Fläche deutliche Abflachung und Verdrängung nach vorn und auswärts. Die Vierhügel waren erhalten aber *in toto* nach rückwärts verschoben; das vordere Vierhügelpaar nach rechts und links auseinandergedrängt. Durch diese Verschiebung seiner Decke ist der Aquaeductus Sylvii von oben nach unten comprimirt. Die Geschwulst war von den Vierhügeln allseitig leicht zu isoliren; nur die normale Verbindung mittels der pedunculi conarii war erhalten. Der Tumor hing mit dem *Velum choroides* und mit den anliegenden Theilen des Plexus nur durch leicht trennbare Adhäsionen zusammen, ohne dass ein Uebergreifen der Geschwulstmasse selbst auf dem Plexus stattfand. Die Wurzeln der Nn. trochlearis beiderseits intact.

Am Ende des vorderen Drittels der Rautengrube zog eine links schärfer ausgeprägte Furche quer über den Boden des 4. Ventrikels. Das vordere Drittel der Rautengrube erschien dem entsprechend in Form zweier rundlicher Höcker vorgetrieben, die sich etwa wie ein drittes Vierhügelpaar ausnahmen. Die hintere Oeffnung des Aquaeductus Sylvii war durch diese Vortreibung des Bodens verlegt. Mithin war die Medulla förmlich in sich zusammengeschoben von vorn oben, nach hinten unten.

In seiner klinischen Analyse hebt Verfasser hervor, dass ein nicht ganz bestimmt mit lokaler Druckempfindlichkeit verbundener Kopfschmerz für die *Lokalisationsdiagnose* nicht zu verwerthen ist.—Das Auftreten epileptischer Convulsionen bei Hirntumoren kann auch noch von anderen Factoren als von dem Sitz der Neubildung abhängig sein. Das Fehlen der Stauungspapille ist insofern interessant, einmal wegen der trotzdem vorhandenen anfallsweise auftretenden Sehstörungen, und dann auch weil es ungewöhnlich ist, dass im Verlauf

von Hirntumoren mit so ausgesprochenen und heftigen Kopfschmerzen der ophthalmoskopische Befund dauernd das Fehlen der Stauungspapille constatiren lässt. Die Stauungspapille hängt lediglich von der Drucksteigerung als solcher, der Kopfschmerz dagegen von Schwankungen des Druckes und von einem möglicherweise auch wechselnden Faktor, der Reizbarkeit des Individuums, ab. Der wiederholt constatirte Mangel der *Neuritis optica* könnte vielleicht gerade bei Zirbeltumoren von einigem Interesse sein. Bezüglich der vasomotorischen Störungen werden sie angesichts des Druckbereichs der Geschwulst und um ihres doppelseitigen Auftretens willen wohl auf die Gegend des Pons und der *Medulla oblongata* zu beziehen sein.—Die Störungen der Sehfunktion werden mit Wahrscheinlichkeit auf den *Hydrops vent. tertii* zu beziehen sein. Die Möglichkeit, dass die Compression der Vierhügel eine Rolle gespielt habe lässt sich nicht ganz von der Hand weisen. —Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, dass die Störungen von Seiten des Oculomotorius auf die Kerne und Wurzelbündel des 3. Hirnnerven zu beziehen sind, und nicht auf die Ganglien des vorderen oder hinteren Vierhügelpaares. Die doppelseitige Abducensparese ist mit Sicherheit als eine periphere im engeren Sinne aufzufassen. Bezüglich der rechtsseitigen Facialisparese ist Verfasser im Dunkeln. Für die zeitweise constatirte Unregelmässigkeit der Herzaction lässt sich eine besonders starke functionelle Schädigung des bulbären Vaguscentrums annehmen.

Als einziges Symptom einer anhaltenden Betheiligung der Pyramidenbahnen bestand eine doppelseitige gleichmässige Erhöhung der Sehnenreflexe (und Hautreflexe) an den unteren Extremitäten.—Der tetanieartige Anfall (von äusserst schmerzhaften Contracturen der Ellbogen und Handgelenke) ist ferner auf eine Reizung der Pyramidenbahnen zurückzuführen. Den dabei hervortretenden vasomotorischen Störungen—insofern als die vasomotorischen Nerven ihren Verlauf fast genau im Anschluss an die motorischen nehmen—giebt Verfasser ihren Sitz in der Medulla oblongata.

Die Unfähigkeit weder zu gehen noch zu stehen, wird auf die Betheiligung des Mittel- und auch vielleicht des Zwischenhirns zu beziehen sein.

Als diagnostisch am wichtigsten würden nach Verfasser die Lähmungen gleichnamiger einzelner Oculomotoriuszweige sein: Störungen der associirten Augenbewegungen nach oben und unten, sowie doppelseitige Ptosis; ausserdem noch die Trochlearislähmung.

C. Staurenghi.—Tumore adiposo sulla eminenza quadrienza.—*La Riforma medica*; 1885 (Nach Ref. Erlenmeyer's *Centbl.*; No. 14, 1886.)

Bei einem 68jährigen Manne fand sich ein kleines Lipom über dem rechten hinteren Vierhügel. Anschliessend an die Krankengeschichte giebt Verf. eine (unvollständige) Zusammenstellung der wenigen im Centralnervensysteme gefundenen Lipome.—Fast immer gehen sie vom Bindegewebe der Pia mater aus, zeichnen sich durch eine starke fibröse Kapsel aus, und überschreiten nicht die Grösse einer Nuss.

G. Fasola.—Sulla fisiologa del grande hippocampo.—*Riv. sperim. di fren.* XI., H. 4. (Nach Ref. Erlenmeyer's *Centralblatt* No. 14, 1886.)

Verfasser exstirpirte, ein- oder beiderseitig (?), das gesammte Ammonshorn an einer Reihe von Hunden, und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

„Das Ammonshorn steht in directer Beziehung zum Sehen, Hören und Riechen, und zwar besteht in Bezug auf die beiden erstgenannten Sinnesgebiete eine partielle Kreuzung (mit Ueberwiegen der gekreuzten Beziehungen) während die für den Geruchsinn bestimmten Bahnen aus dem Ammonshorn wahrscheinlich sich nicht kreuzen oder aber möglicherweise sich theilweise kreuzen, mit gleichmässiger Versorgung beider Seiten."

W. Bechterew.—Ein neuer Fall von Degeneration der äusseren Portion des Hirnschenkelfusses (des Türck'schen Bündels).—*Ruskaja Medicina* No. 33, 1885. (Nach Ref. *Neurol. Centralblatt*, No. 8, 1886.)

Im Anschluss an eine frühere Publication über sekundäre Degeneration des Hirnschenkels veröffentlicht Verf. eine Beobachtung, bei der Degeneration der inneren und äusseren Portion des Hirnschenkelfusses gefunden wurde, während die Pyramidenbahn von derselben fast völlig verschont geblieben war.

Eine 36jährige Kranke wurde im August 1878 von einem apoplectoiden Anfall befallen und im September in die Leipziger Irrenklinik mit leichter rechtsseitiger Parese der Motilität, deutlich ausgeprägter Sprachstörung und apathischem Schwachsinn aufgenommen. Nach wiederholten apoplectoiden Anfällen erfolgte am 12. März der Tod. Die Sektion ergab: ausgedehnte Sklerose und zum Theil Obliteration der Arterien an der Basis; an der Oberfläche der linken Hemisphäre grosse Erweichungsherde, hauptsächlich im Occipital- und Temporallappen, zum Theil auch in den Scheitelwindungen; in der nämlichen Hemisphäre einen begrenzten Erweichungsherd im vorderen Schenkel der inneren Kapsel, in der Nachbarschaft des Kopfes des *Nucleus caudatus*. In der rechten Hemisphäre waren die Windungen unversehrt, aber auch hier fand sich ein ähnlicher Erweichungsherd im vorderen Schenkel der inneren Kapsel. Die äussere Portion des linken Hirnschenkelfusses erschien atrophirt, und längs des äusseren Randes desselben konnte man ein graues Bündel verfolgen. Die mikroskopische Untersuchung erwies dass im linken Hirnschenkelfuss sowohl die innere, als die äussere Portion (jederseits ungefähr ein Viertel der Breite desselben) degenerirt war, während die der Pyramidenbahn entsprechende mittlere Portion nebst einem Theil der inneren intakt erschien. Im rechten Hirnschenkelfuss war nur die innere Portion, und zwar in etwas geringerer Ausdehnung, degenerirt. In absteigender Richtung konnten die degenerirten Fasern nur bis zum oberen Brückenabschnitt verfolgt werden. Alle anderen in Betracht kommenden Gebiete (Haubenregion, Pyramidenbahn, etc.) waren unverändert.

Was die Bedeutung des beschriebenen Befundes anbelangt, so macht Verf. darauf aufmerksam, dass in der Literatur—abgesehen von seiner früheren Publication (*Wjestnik psychiatrii i nevropatologii*. 1885. I.) keine Beobachtung sekundärer Degeneration des Türk'schen Hirnschenkelbündels bekannt sei. In diesem Fall sieht er auch die Bestätigung der von ihm in seiner Mittheilung über sekundäre Degeneration des Hirnschenkels in obiger Zeitschrift aufgestellten Behauptung: dass Degeneration des Türk'schen Bündels mit Zerstörung im Gebiet der Hinterhaupts- und Schläfenlappen zusammenhänge; ebenso

werde durch das Fehlen von Degenerationszeichen in der unteren Brückenhälfte, die auch von ihm vertretene Annahme Flechsig's bekräftigt, nämlich, dass das Türk'sche Bündel in den Nervenzellen der oberen Hälfte der Brücke endige.

Die Degeneration der inneren Portion beider Hirnschenkelfüsse bringt Verf. mit der in beiden Hemisphären gefundenen Erweichung des vorderen Abschnitts der inneren Kapsel in Zusammenhang.

G. Rossolymo.—1. Ein Fall totaler Degeneration eines Hirnschenkelfusses.

2. Nachtrag zu dem Fall von totaler Degeneration eines Hirnschenkelfusses. — *Neurol. Centralblatt.* No. 7 u. 8, 1886.

1. Eine 36jährige Bauernfrau wurde am 12. Juli 1882 in gänzlich bewusstlosem Zustande auf der Diele liegend gefunden. Die Untersuchung ergab: pigmentirte Hautnarben, Hyperplasie der Hals- und Inguinaldrüsen, einen Abscess in dem vorderen Theile des *Labium majus sinistrum*; Bewusstsein benommen, vollständige Aphasie; totale Paralyse beider Oberextremitäten und Parese des rechten Facialis; Schluckvermögen intakt; Gemeingefühl und Sensibilität normal; Pupillen erweitert; Temp. 38° C., Puls 48; aussetzend, systolisches Spitzengeräusch. Diagnose: Embolie der *Arteria Fossae Sylvii; Affectio cordis; Lues.*

Im Alt-Catharina'schen Krankenhaus wurde sie am 14. Juli in einem Zustande umnebelten Bewusstseins mit Aphasie und totaler Lähmung der rechten Körperhälfte aufgenommen. Später klares Bewusstsein; nach 3 Wochen Anfänge willkürlicher Bewegungen; dabei Fressgier und *incontinentia urinae et alvi.* Zu der Lähmung gesellten sich späterhin starke Contrakturen bei deutlich erhöhten Sehnen- und Knochenreflexen. Nach einem Jahre und vier Monaten erfolgte der Tod in Folge chronischer Lungenentzündung.

Die Autopsie zeigte: serös-fibrinöse Lungenfellentzündung; käsige ulcerirende Entzündung der ganzen rechten Lunge; *Endocarditis valvulae mitralis recurrens, infarctus lienis et renum*; eine ausgebreitete embolische Erweichung des linken Stirnlappens, der grösseren Hälfte des Scheiteltheils des Schläfenlappens und eines kleineren Abschnittes des Hinterhauptlappens.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine sekundäre Degeneration der Hirnschenkelbasis, nicht allein in dem mittleren und inneren, sondern auch in dem äusseren Abschnitte derselben; weiter nach vorn verbreitete sich die Degeneration durch die Brücke hindurch und den Pyramidenfasern entlang, durch den linken Türk'schen und durch den rechten Seitenstrang verlaufend.

Das Hauptinteresse des Falles liegt in dem Umstand, dass die absteigende Degeneration die ganze Basis des Hirnschenkels umfasste.

Verf. legt besonderen Werth nicht allein auf den seltenen anatomischen Befund, sondern auch mit Rücksicht auf die Aufklärung der Natur der das äussere Drittel des Hirnschenkelfusses zusammensetzenden Fasern. Er behauptet, dass das äussere Drittel der Hirnschenkelbasis, wenn auch seltener, in die absteigende Degeneration mit hereingezogen wird; damit wird auch die Meinung der französischen Schule und Meynert's bestritten, wonach diesen Fasern sensible Funktion zugeschrieben wird, was anderseits mit der Meinung Flechsig's im Ein-

klange steht, dass hier Fasern aus dem Bündel Meynert's verlaufen, welche in dem vorderen Theile der Brücke enden.

2. Bald nach der oben erwähnten Beobachtung bot sich Verf. Gelegenheit, einen neuen Fall zu untersuchen, in welchem, nach einer Läsion des Scheitel- und Schläfenlappens einer Hemisphäre eine sekundäre Degeneration des mittleren und äusseren Drittels des Hirnschenkelfusses stattfand.

L. Darkschewitsch.—Einige Bemerkungen über den Faserverlauf in der hinteren Commissur des Gehirns.—*Neurol. Centralblatt.* No. 5. 1886. S. 99.

Bei der Untersuchung des oberen Vierhügels menschlicher Föten an Weigert'schen mit Haematoxylin gefärbten Querschnitten überzeugte sich Verf., dass man in der hinteren Commissur des Gehirns zwei ganz verschiedene Fasersysteme erhalte, einen ventralen und dorsalen Theil.

a) Der ventrale Theil schliesst in sich die Fasern ein, die von (?) der *Glandula pinealis* nach dem oberen Oculomotoriuskerne und im hinteren Längsbündel verlaufen.

b) Der dorsale Theil repräsentirt die Fasern des tiefliegenden Markes des oberen Vierhügels, die nach stattgehabter Kreuzung hinter dem Centralcanale nach der Hirnrinde sich begeben. Die einen sowohl als die anderen entspringen aus der Grosshirnrinde und verlaufen in der Richtung nach dem Vierhügel, die ersteren liegen aber mehr nach vorn, und endigen in der grauen Substanz der Vierhügelrinde derselben Seite (erstes Glied des Meynert'schen Projections-Systems), während die letzteren dieselbe nur passiren, um in das tiefliegende Mark des Vierhügels der entgegengesetzten Seite zu übergeben.

R. Mollenhauer.

Das Pepsin ist schon seit einer Reihe von Jahren eines der unentbehrlichsten Hilfsmittel in der Therapie der Magenkrankheiten. Das Bestreben, ein vollständig reines Pepsin herzustellen, hat deshalb in den letzten Dekaden zu einer Vervollkommnung geführt, welche vorher kaum geahnt werden konnte. Während man bis vor wenigen Jahren hierzulande darauf angewiesen war, als vorzüglichste Pepsine die in Europa hergestellten zu verschreiben, ist es heutzutage in dieser Beziehung ganz anders. Das von Carl L. Jensen in Philadelphia fabrizirte Crystal Pepsin kommt den besten in Europa hergestellten gleich, ja es übertrifft dieselben sogar in vieler Beziehung. Sein Geschmack ist nicht nur nicht widerlich, sondern thatsächlich angenehm; seine Wirkung ist so prompt, wie man sie sich nur wünschen kann; der Preis des Crystal Pepsin endlich ist, wenn man seine enorme Verdauungsfähigkeit in Anschlag bringt, (1 Gran verdaut 1000 Gran Eiweiss) gering.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,
erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Ein neues Hospital.

An anderer Stelle veröffentlichen wir diejenigen Paragraphen aus dem Statutenentwurf für das neugegründete Logen- und Vereinshospital von New York, welche zur Einsicht in das Wirken desselben von Wichtigkeit sind.

Das ein solches Hospital, wie es von dem betreffenden Vereine beabsichtigt wird, ein wirkliches Bedürfniss namentlich für die deutschen Logen, Krankenunterstützungsvereine etc. ist, wird Jeder, der mit den einschlägigen Verhältnissen bekannt ist, ohne Weiteres zugeben müssen. Denn nicht allein, dass die Hospitalgelegenheiten in unserer Stadt für die Einwohnerzahl—im Vergleiche mit anderen Grossstädten—verhältnissmässig gering sind, so gilt dies noch viel mehr für die grosse Zahl von Deutschen, welche wenig oder gar kein Englisch verstehen. Es existirt nur ein Hospital in ganz New York, an dem ausschliesslich deutschsprechende Aerzte und Verwaltungsbeamte angestellt sind: das Deutsche Hospital; die beiden anderen: das Mount Sinai und das St. Francis Hospital, sind zwar in der Hauptsache ursprünglich von Deutschen für Deutsche gegründet worden, doch ist im Laufe der Zeit das englischsprechende Element daselbst grossentheils an Stelle des deutschen getreten. Wie gross aber das Bedürfniss eines Kranken ist, von Aerzten und Wärtern umgeben zu sein, mit denen er in seiner Muttersprache verkehren kann, braucht hier wohl nicht näher ausgeführt zu werden.

Wie schwer es andererseits oft ist, einen für Hospitalbehandlung geeigneten Patienten in ein Hospital hinein zu bekommen, das wissen unsere hiesigen Kollegen gewiss recht gut. Meist sind eben viel mehr Aspiranten da, als Raum vorhanden ist; oft auch spielt die Geldfrage eine Rolle. Mit Freibetten sind unsere Hospitäler nicht so reichlich dotirt, dass sie jeden nicht zahlungsfähigen Patienten ohne Weiteres nehmen könnten. Dies ist namentlich für Logen und Kranken-Vereine ein misslicher Umstand, und wird deshalb das neue Hospital in diesen

Kreisen unzweifelhaft sehr populär werden. Der Beitrag, der vorläufig für das Recht, kranke Mitglieder in das Hospital zu schicken, von jeder derartigen Organisation erhoben wird ($15.00), ist ein so geringer, dass es wohl kaum eine derselben geben wird, die nicht im Stande wäre, denselben zu bestreiten.

Zu Aerzten an dem Logen- und Vereins-Hospitale sollen laut Beschluss des Verwaltungsrathes nur Mitglieder des Kollegium's der Aerzte der Deutschen Poliklinik ernannt werden. Das Wirken dieser Anstalt ist unseren Lesern aus dem letzten Jahresberichte derselben bekannt, welchen wir in No. 2, Bd. I, (S. 95) im Auszuge veröffentlicht haben. Vorläufig sind sieben Aerzte der Poliklinik zum Dienste an dem Hospitale designirt; zum Oberarzt ist Dr. Emil Neumer erwählt worden. Die Stelle des Hausarztes ist, wie aus dem Annoncentheile dieser Nummer ersichtlich, noch unbesetzt, und wird derselbe nach den Vorschlägen eines Komités des *Medical Board* vom Letzteren erwählt werden.

Der Verein hat das Haus No. 66 Achte Strasse (zwischen 1. und 2. Avenue) auf eine Reihe von Jahren gemiethet und wird dasselbe, zu Hospitalzwecken hergerichtet, im Stande sein, ca. 35 Kranke aufzunehmen.*) Das Haus selbst ist sehr geräumig und luftig, und seine Lage lässt ebenfalls nichts zu wünschen übrig.

Der Verwaltungsrath hofft, das Hospital schon am 1 October zur Aufnahme von Patienten fertigstellen zu können. Die offizielle Eröffnung soll am 10. desselben Monates stattfinden.

Wir wünschen dem neuen Unternehmen den besten Erfolg!

Werden Sie die Toga abwerfen?

Das eigenthümliche Schauspiel, einen regulären Arzt in einer Gesellschaft von Homöopathen, einen Vortrag über Homöopathie halten zu sehen, wurde kürzlich den Medizinern zu Theil. Dr. V. Y. Bowditch war der Betreffende, welcher vor der Bostoner *Hahnemann Society* über dieses Thema sprach und zwar sollte seine Ansprache gewissermaassen eine Antwort auf eine Rede über das gleiche Thema sein, die Dr. Conrad Wes-elhoeft (Homöopath) im vorigen Jahr vor einer Gesellschaft regulärer Aerzte der *Boylston Medical Society* gehalten hatte.

Wenn man die Berichte über dieses freundschaftliche Gebahren in gewissen medizinischen Journalen liest, so meint man, dass die Herren, welche sich in die Toga irgend einer besonderen „Schule" hüllen, schon bereit sind, dieselbe in allernächster Zeit von sich zu werfen. Dass sie dies der regulären Profession gegenüber gern thun möchten,

*) Und zwar werden im erhöhten Parterre (*Parlor-floor*) 18 Betten aufgestellt; in der ersten Etage befindet sich das Operationszimmer, Platz für 4 Betten und 2 Zimmer für zahlende Kranke; in der zweiten Etage ist Raum für 10, vielleicht 11 Betten und noch ein Privatzimmer. Das unterste Stockwerk (*Basement*) ist für die Verwaltung reservirt; die Schlafzimmer der Angestellten befinden sich in der dritten Etage.

bezweifeln wir keinen Augenblick; denn für die meisten derselben dürfte ihre Anerkennung als gleich berechtigte Collegen der Ausführung dieses Entschlusses auf dem Fusse folgen. Doch giebt es für sie ein fast unübersteigliches Hinderniss und zwar sind das diejenigen Laien, welche gerade um ihres homöopathischen Aushängeschildes willen, sich Rath bei ihnen erholen. Diese zu überzeugen, dass die Lehre Hahnemann's so unwesentlicher Natur sei, dass man sie ohne Weiteres fallen lassen kann, wird schwer, wenn nicht unmöglich sein:

„Die man rief, die Geister,"
„Wird man nun nicht los!"

Eigenthümlich ist es immerhin, dass gerade Boston der Ort ist, in welchem diese Verbrüderungs-Orgien gefeiert werden —Boston, die Heimath eines Oliver Wendell Holmes, welcher vor vielen Jahren über diese sogenannten „Schulen" sich folgendermaassen aussprach:

„Die Homöopathie und alle ähnlichen Delusionen mögen in der Praxis von klugen Leuten durchgeführt werden — niemals jedoch, fürchte ich von klugen und ehrlichen Leuten. Als ein psychologisches Experiment, welches auf die Schwächen gebildeter Menschen basirt ist, darf man die Homöopathie etc. als den besten 'Trick' unseres Jahrhunderts betrachten."

An anderer Stelle finden unsere Leser einige persönliche Reminiscenzen an Prof. Maas, welche ein getreues Bild des tüchtigen Mannes in seinem Wesen und Wirken geben. Die kleine Skizze, welche der Feder eines New Yorker Collegen (Dr. M. Toeplitz) entstammt, wird gewiss so manchem unserer Leser hochwillkommen sein.

Der Bericht über die September-Sitzung der Med. Chir. Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgebung wird erst in nächster Nummer erscheinen, da wir zugleich im Stande sein werden, die beiden daselbst gehaltenen Vorträge unseren Lesern vorzulegen. Das Verständniss der Diskussionen wird dadurch wesentlich erleichtert.

Die Bewegung der Kindestheile während der Geburt ist seit Naegeli's klassischen Untersuchungen aus dem Stadium der empirischen in das der theoretischen Betrachtung übergetreten. Der Versuch, die Ursache der Rotation des Kopfes in bestimmten physikalischen Gesetzen zu finden, wie er von Dr. D. T. Smith an anderer Stelle dieser Nummer versucht wird, ist deshalb von theoretischem Interesse, zumal da er sich mit den bisher üblichen, von Dr. Berry Hart vertretenen Ansichten in Widerspruch befindet.

Logen und Vereins-Hospital von New York.

Der Verein des Logen- und Vereins-Hospitals von New York bezweckt die Errichtung und Erhaltung eines Hospitals:

1. für die Verpflegung kranker Mitglieder derjenigen Logen und Vereine, die sich durch Bezahlung eines Jahresbeitrages an dem Verein betheiligen.

2. für die unentgeldliche Verpflegung unbemittelter Kranken soweit die Mittel des Vereins es erlauben, und schliesslich

3. für die Verpflegung von Invaliden von betheiligten Vereinen auf einen Zeitraum von wenigstens einem Jahre.

Zur Erreichung dieses Zweckes giebt der Verein eine Serie von Actien @ $10.00 aus, verzinsbar mit 5 Prozent jährlich und wird ein jeder Actien-Inhaber, ob ein Verein oder eine Privat-Person, Mitglied des Hospital-Vereines.

Um die Frei-Betten des Hospitals benutzen zu können, hat jede Loge resp. jeder Verein die Summe von $15.00 als Jahresbeitrag zu entrichten, und sind dieselben alsdann berechtigt, für die Zeit, für welche Beiträge bezahlt werden, im Hospital-Verein vertreten zu sein; ferner geniesst ihr Delegat alle Rechte der Mitgliedschaft, wie die Actien-Inhaber.

Der Verein, bestehend somit aus permanenten Mitgliedern (Actien-Inhabern) und Jahres-Mitgliedern (Delegaten von Logen und Vereinen, die einen Jahresbeitrag bezahlen, aber keine Actien besitzen) versammelt sich jährlich im Monat Februar, um etwaige Vakanzen im Vorstande zu ersetzen und ausserdem vierteljährlich in den Monaten Mai, August und Dezember, um alle vorliegenden Geschäfte zu erledigen.

Der Vorstand, bestehend aus einem Präsidenten, 2 Vice-Präsidenten, Protokoll-Sekretär, Finanz-Sekretär, Schatzmeister, 3 Finanz-Revisoren und 3 Trustees, hat sofort einen Superintendenten zu ernennen und gemeinschaftlich mit ihm das Haus für die Zwecke des Vereins einzurichten und im Stande zu halten; das Hospital soll mit mindestens 16—18 Betten für Patienten je nach Raumverhältniss ausgestattet werden und mit allen Vorkehrungen für Hospital-Zwecke versehen sein. Die Kosten für die Einrichtung des Hauses und die Rente für das erste Jahr sollen durch die $5000 der Actien-Gelder gedeckt werden.

Die Benutzung der Betten soll wie folgt sein: 2 Betten, resp. $\frac{1}{8}$ des ganzen Hospitals sollen stets für unbemittelte Kranke, die an keiner unheilbaren Krankheit leiden, reservirt werden. Die übrigen Betten sollen benutzt werden von denjenigen Kranken, die von Logen und Vereinen, welche einen Jahresbeitrag bezahlen, als berechtigt gesandt werden, und steht diesen Kranken das Recht zu, sich von ihrem Haus- oder Vereins-Arzte behandeln zu lassen. Ebenso können Patienten aufgenommen werden, die mindestens $5 wöchentliches Verpflegungsgeld bezahlen, und haben auch solche Patienten das Recht, sich von ihrem Haus-Arzte behandeln zu lassen. Verunglückte werden unter allen Umständen sofort aufgenommen.

Das Hospital übernimmt den Transport der Kranken von ihrer Wohnung (falls dieselbe innerhalb der Stadt ist) nach dem Hospitale.

Der *Medical Board* soll aus den besuchenden Aerzten und dem Ober-Arzt bestehen; dieser *Board* soll Hausarzt, Apotheker und Wartepersonal anstellen. Vakanzen werden auch vom *Medical Board* gefüllt.

Die besuchenden Aerzte sollen in Gemeinschaft mit dem Ober-Arzt die ärztliche Leitung des Hospitals und der Vorstand in Gemeinschaft mit dem Superintendenten die Verwaltung desselben besorgen.

Die Pflege der Kranken soll von Krankenwärterinnen besorgt werden, und im Fall später die Mittel es gestatten, soll in Verbindung mit dem Hospital eine Krankenwärterinnen-Schule errichtet werden, deren Zöglinge, in Anbetracht des unentgeldlichen Unterrichts, nach ihrer Absolvirung, gehalten sind, einen bestimmten Termin als Krankenwärterinnen im Hospital ohne Besoldung zu dienen.

Das Circular No. 2
über den neunten internationalen medizinischen Congress

Enthält die Namen der

Protektoren (Gönner):

Der Präsident der Ver. Staaten: **Grover Cleveland.**
Der Minister des Aeusseren: **Thomas F. Bayard.**
Der Präsident des Ver. St. Senates: **John Sherman.**
Der Sprecher des Ver. St. Repräentantenhauses: **John G. Carlisle.**

Als Beamte des Congresses werden vorgeschlagen:

Präsident: Nathan S. Davis;

Vice-Präsidenten: Einige dreissig Amerikaner, Engländer, Franzosen, Belgier, Italiener und Deutsche; unter den Amerikanern werden unsere deutschen Kollegen nur wenige ihnen bekannte Namen finden, vielleicht nur einen oder zwei: Lewis A. Sayre (New York) und T. G. Richardson (New Orleans). Unter den Engländern sind aus London u. a. ernannt: E. Klein, H. G. Bird, McCall Anderson, C. D. F. Phillips, R. Quain, J. Burdon Sanderson, W. Mac Cormac; ferner zwei Edinburger etc. Den Franzosen gehören an: Dujardin-Beaumetz, F. Larrey und Ricord; Leopold Servaix ist der Belgier und M. Semmola der Italiener; Deutsche sind: Gusserow, Hebra, Unna, Winkel, Mueller, (Berlin), von Monseil und Carl Braun.

Ausserdem noch offiziell der Generalstabsarzt (*Surgeon General*) der Ver. Staaten Armee und derjenige der Ver. Staaten Flotte.

General-Sekretär: John B. Hamilton, Generalarzt des Ver. Staaten Marine-Hospitaldienstes.

Schatzmeister: E. S. F. Arnold, Newport, Rhode Island.

Vorsitzender des Finanz-Komité's: Richard J. Dunglinson, Philadelphia.

Vorsitzender des Exekutiv-Komité's: Henry H. Smith, Philadelphia.

Vorsitzender des Arrangements-Komité's: A. Y. P. Garnett, Washington.

Hilfs-Secretäre: W. B. Atkinson, Philadelphia und G. B. Harrison, Washington.

Die wichtigsten Bestimmungen sind folgende:

Am Congresse können alle regulären Aerzte theilnehmen, welche sich registriren und eine Einlasskarte nehmen und ausserdem andere Gelehrte, welche vom Exekutiv-Komité spezielle Erlaubniss haben. Die für die Eintragung der Namen (*Registration*) bestimmten Bücher werden unter Aufsicht des Aufnahme-Komité's vom 1. September 1887 an an jedem Tage von 9 bis 5 Uhr aufliegen. Wer vorher Namen, Adresse und Beitrag dem General-Sekretär einschickt, kann vorher registrirt werden.

Nur in den Ver. Staaten ansässige Theilnehmer am Congresse zahlen einen Beitrag von zehn Dollars ($10.00). Jeder Theilnehmer erhält aber ein Exemplar der "*Transactions*", sobald sie vom Exekutiv-Komite herausgegeben werden.

Die allgemeinen Sitzungen werden ausgefüllt durch geschäftliche Verhandlungen und durch Verlesen von Ansprachen und Mittheilungen über wissenschaftliche Themata von allgemeinem Inter-

esse durch vorher vom Exekutiv-Komite ernannte Theilnehmer. Ein gedrucktes Programm erhält jeder Theilnehmer, wenn er sich registrirt und wird ausserdem jeden Tag eine gedruckte Geschäftsordnung herausgegeben.

Die Arbeit in den verschiedenen Sektionen bestimmt der Präsident jeder Sektion und wird die jedesmalige Tagesordnung durch ein tägliches Programm für jede Sektion bekannt gegeben. Alle in den Sektionen zur Debatte aufgestellten Fragen werden durch Theilnehmer eröffnet, welche vorher von den Sektionsvorständen ernannt werden müssen. Dieselben müssen den Sekretären der Sektionen vorher genaue Mittheilungen darüber zugehen lassen, welche Schlussfolgerungen sie als Basis für die Diskussionen unterbreiten werden.

Ein kurzes Resumé über jeden Vortrag, welcher in einer Sektion gehalten werden soll, muss bis zum 30. April 1887 an den Secretär der betr. Sektion eingeschickt werden. Solche Resumés werden als Vertrauenssache behandelt und vor Zusammentritt des Congresses nicht veröffentlicht werden. Vorträge, welche ein Thema behandeln, welches nicht auf dem Sektions-Programm vorgesehen ist, können auch später entgegengenommen werden. Theilnehmer, welche Gegenstände zur Sprache bringen wollen, welche in dem Programm der Diskussionen nicht vorgesehen sind, müssen den General-Sekretär wenigstens 21 Tage vorher davon in Kenntniss setzen und haben die Sektions-Beamten über dieselben zu bestimmen. Es soll keine Mittheilung entgegengenommen werden, welche schon veröffentlicht oder in einer med. Gesellschaft gelesen worden ist.

Die offiziellen Sprachen sind Englisch, Französisch und Deutsch. Vorträge, Resumés etc. sollen in den "*Transactions*" in der Sprache veröffentlicht werden, in der sie gehalten resp. geschrieben wurden; alle Diskussionen werden in englischer Sprache gedruckt.

Die Beamten des Congresses und der einzelnen Sektionen, mit Einschluss aller auswärtigen Beamten, werden beim Beginn der ersten Sitzung, dem Congresse vom Exekutiv-Komité vorgeschlagen.

Wegen Vorträgen wende man sich an den General-Sekretär Dr. John B. Hamilton, Washington, D. C.; wegen geschäftlichen Angelegenheiten an den Vorsitzenden des Exekutiv-Komité's Dr. Henry H. Smith, Philadelphia, Penn. Demselben sollten auch alle irrthümlichen Angaben in Bezug auf Namen, Titel etc. mitgetheilt werden.

Damen, welche mit Theilnehmern am Congresse zugereist sind, und die vom Empfangs-Komité dazu eingeladen, können den allgemeinen Sitzungen beiwohnen, wenn sie von einem Theilnehmer eingeführt werden. Auch sollen dieselben zu den Vergnügungen (*Social Receptions*) eingeladen werden. Studenten der Medizin und andere Nicht-Mediziner können auf Empfehlung des General-Secretärs, resp. der Sektionsbeamten registrirt werden. Sie haben einen Dollar ($1.00) zu entrichten, dürfen jedoch nicht an den Diskussionen theilnehmen.

Wegen Betheiligung an der Arbeit in den Sectionen wende man sich an den Vorstand oder Sekretär der betr. Sektion.

Executiv-Komité des Congresses:

Henry H. Smith, M. D., LL. D. Vorsitzender.

N. S. Davis, M. D., LL. D.	*J. Lewis Smith, M. D.*
John B. Hamilton, M. D.	*E. Williams, M. D.*
E. S. F. Arnold, M. D.	*S. J. Jones, M. D. LL. D.*
Richard J. Dunglison, M. D., Sekr.	*William H. Daly, M. D.*

Abram B. Arnold, M. D.
William T. Briggs, M. D.
De Laskie Miller, M. D., Ph. D.
James F. Harrison, M. D.
F. H. Terrill, M. D.
William H. Pancoast, M. D.
John H. Callender, M. D.
Alonzo B. Palmer, M. D., LL. D.
A. R. Robinson, M. D.
Joseph Jones, M. D.
Albert L. Gihon, M. D.
John P. Gray, M. D., LL. D.
Jonathan Taft, M. D.
Frederick S. Dennis, M. D.
A. Y. P. Garnett, M. D.

Kleine Mittheilungen.

Leptothrix (?) tonsillaris chronica.

Buffalo, N. Y., 24. August 1886.

An den Redakteur der N. Y. Med. Presse:

Es ist mir bisher nicht möglich gewesen eine Notiz zu finden, die einem von mir vor einem halben Jahre beobachteten Falle ganz entsprochen hätte, so dass derselbe möglicher Weise eine unbeschriebene Affektion der Tonsillen darstellt. Ein 24jähriges Fräulein, das ich lange kenne und welches sich stets der besten Gesundheit erfreute, kam zu mir mit kreideweissen Mandeln und klagte über leichte Beschwerden beim Schlucken: Kein Fieber, keine Spur von Hyperämie im Rachen etc. Ich liess mit *Kali chloricum* gurgeln und war nicht wenig erstaunt, als sie nach 8 Tagen genau im *status quo* wiedererschien.

Jetzt applizirte ich mehrere Tage hintereinander Jodoform ohne Effekt und untersuchte den Belag. Er bestand aus Bacillen die sehr fein, theilweise recht lang und immer ungegliedert waren; von einem Mycelium und von Sporen war nichts zu entdecken. Irgend zweifellos lebhaftere Bewegung zeigten die Bacillen nicht. Nach Abwischen des kreidefarbig- nicht käsigaussehenden Belages zeigte sich geradezu gar keine Veränderung des Grundes. Soor war es keinesfalls und die Tonsillen waren die ausschliesslich affizirten Theile.

Jetzt war ich gezwungen zu leicht kaustischen Lösungen überzugehen und diese coupirten erst das Wachsthum der Pilze das im Ganzen 3 Wochen bestanden hatte. Leider fehlte mir jede Gelegenheit zu Züchtungsversuchen. Dies ist der einzige Fall in einer 14jährigen Praxis.

Dr. Marcell Hartwig,

(Wir werden in nächster Nummer eine Arbeit über diese seltene Affektion von Dr. M. Toeplitz veröffentlichen.—Die Redaktion.)

Jodoformboluspaste bei Verbrennungen.

An die Redaktion der N. Y. Med. Presse:

In einem Falle von Verbrennung 2. Grades bei einem 5jährigen Knaben wandte ich die von Dr. Altschul gebrauchte und von Dr. Morvay Rottenberg empfohlene Jodoformboluspaste an. Obgleich auch ich schnellen Fortschritt in der Heilung konstatiren konnte, war die jedesmalige Schmerzhaftigkeit nach der Applikation, eine Stunde andauernd, derart, dass ich gezwungen war, von der ferneren Anwendung derselben abzustehen. Ich möchte jedoch betonen, dass nach der ersten Applikation, Patient sich sehr gut fühlte, nach der zweiten, welche aus bröckeliger Masse bestand, die Schmerzen eintraten. Ich liess deshalb die Salbe in einer anderen Apotheke anfertigen; aber auch nach Anwendung dieser gut zubereiteten geschmeidigen Paste hörten

die Schmerzen nicht auf. Es ist deshalb die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass der von der bröckeligen Masse gesetzte Reiz genügend war, die dauernde Schmerzhaftigkeit zu verursachen, welche selbst durch die Anwendung der späterhin zubereiteten guten Paste nicht überwunden werden konnte.

Dr. David Brekes.

New York, 9. Sept., 1886.

† Frank Hastings Hamilton. †

Am 11. August starb im Alter von 73 Jahren einer der wenigen noch Ueberlebenden, welche an dem Aufblühen der amerikanischen Chirurgie in den ersten der letzten fünf Jahrzehente einen thätigen Antheil genommen haben, ein Mann, dessen Name auf beiden Seiten des Oceans wohl bekannt ist: Dr. Frank Hastings Hamilton. Er ist seinem treuen Freunde und Arbeitsgenossen, dem unvergesslichen Austin Flint bald nachgegangen. Vierzig Jahre lang standen sich die Beiden nahe, von der Zeit an, als sie in Buffalo in Gemeinschaft mit Dr. James P. White das *Medical Departement* der dortigen Universität gründeten.

Nachdem er während der Kriegsjahre verschiedene höhere Chargen bis zum *Medical Inspector of the United States Army* eingenommen, liess er sich im Jahre 1864 in New York nieder. Er war einer der Gründer des *Bellevue Hospital Medical College* und Professor der Chirurgie an demselben bis 1875.

Seine beiden vorzüglichsten Arbeiten sind:

Treatise on Fractures & Dislocations,

welche 1860 erschien und seitdem sieben Auflagen erlebte; es ist mehrfach in's Deutsche und Französische übersetzt worden und gilt trotz mancher Irrthümer als eines der besten Werke über diesen Gegenstand.

Ferner:

Treatise on the Principles & Practice of Surgery,

das im Jahre 1872 erschienen und seitdem drei Auflagen erlebte.

Am meisten wurde sein Name genannt zur Zeit als er mit Dr. Agnew und Dr. Bliss den Präsidenten Garfield behandelte und einer seiner letzten Journalartikel (*Western Medical Press* of Buffalo) enthielt eine Rechtfertigung der Behandlungsweise in diesem Falle gegenüber den Ausstellungen, welche Prof. Esmarch dagegen hatte laut werden lassen.

Zum Andenken an Prof. Maas.

(Von einem seiner Schüler.)

Vor Kurzem wurde der Tod des Würzburger Chirurgen Hermann Maas gemeldet. Die Nachricht hat wohl auf seine ehemaligen Schüler sowie Alle, die ihn kannten, erschütternd gewirkt. Der Gedanke, einen Mann in der Blüthe seiner Jahre dahingerafft zu sehen, dessen glänzende Laufbahn plötzlich abgeschnitten wird, ist schwer zu fassen.

Die Collegen, welche im Jahre 1882 in Freiburg studirt haben, werden sich wohl noch der Stunde erinnern, da Maas ernst und traurig seinen Zuhörern mittheilte, dass Prof. Hueter in Greifswald aus dem Leben geschieden sei. Er beklagte tief den Verlust des treuen Freundes, des edlen Menschen, des unermüdlichen Forschers und des vorzüglichen Lehrers. Wer hätte damals gedacht, dass dieser Tüchtige, nach kaum vier Jahren von demselben Schicksale ereilt werden würde?

Es ist aus Anlass seines Todes in medizinischen Fachschriften so Manches über Maas's Bedeutung für die Wissenschaft von berufenen Personen geschrieben worden. Für die hier lebenden Freunde und Schüler des Dahingeschiedenen mögen wohl einige persönliche Erinnerungen an ihn von Interesse sein.

Es ist staunenswerth, welchen Aufschwung die Universität Freiburg in letzter Zeit genommen (sie zählt in diesem Summer über 1300 Studenten), zumal da vor gar nicht zu langer Zeit eine Aufhebung der Universität wegen nicht genügender Frequenz von der badischen Regierung in Erwägung gezogen worden ist. Diesen Aufschwung hat sie nicht zum mindesten dem Zuwachs von vorzüglichen Lehrkräften zu danken, zu deren besten Maas unstreitig gehörte.

Es wird in neuerer Zeit in Deutschland bei der Anstellung von Professoren endlich mehr Gewicht auf das Lehrtalent derselben gelegt als früher. Und mit Recht! Was nützt dem Studenten die grosse Gelehrsamkeit seiner Lehrer, wenn ihnen die Fähigkeit mangelt, ihn genügend für die spätere praktische Thätigkeit vorzubereiten?

Maas war das Ideal eines Lehrers. Sein Vortrag war stets interessant, möglichst frei von allen gelehrten Hypothesen, geistreich, oft humoristisch; er war stets anregend und wusste immer diese oder jene Anekdote zu erzählen, deren Inhalt sich meist auf das Studentenleben bezog. Er war unermüdlich im Demonstriren und sehr liebenswürdig beim Examiniren, dabei jedoch niemals zu nachsichtig. Den Uebelstand, dass, wie es an grossen Universitäten der Fall ist, nur die vorn Sitzenden die Operation zu sehen bekommen, suchte er dadurch zu umgehen, dass er bei jedem Operationsakt, wenn es irgend möglich war, alle Studenten bei dem Operirten vorbeipassiren liess. Wie sehr er es verstand, seine Aufgabe als Lehrer zu erfassen, lässt sich daraus ersehen, dass seine Vorlesung über allgemeine Chirurgie fast nur von pathologischer Anatomie handelte, weil die Freiburger Studenten darin aus bekannten Gründen ganz besondere Lücken zeigten. Er liess fast alle nicht zu schwierigen Operationen von den Studenten selbst ausführen, überall anregend und helfend.

Wer aber Prof. Maas in seiner ganzen Grösse würdigen will, der muss ihn nach seinem Verhalten bei dem Hugstettener Eisenbahnunglück, dem grössten, das Deutschland je erlebt hat, beurtheilen. Das Unglück war Abends gegen 9 Uhr erfolgt, doch hatten die betheiligten Behörden es unbegreiflicherweise sorgfältig einige Stunden lang zu verheimlichen gewusst. Inzwischen warteten Aerzte und Studenten mit der grössten Ungeduld, begierig auf dem Schauplatze selbst helfend einzugreifen. Privatleute beförderten eine Anzahl nach Hugstetten hinaus; doch hier war so viel zu thun, dass man nicht wusste, wem man zuerst Hilfe bringen sollte. Die Rettungsarbeiten gingen nicht von der Hand, da Niemand es verstand, die Leitung derselben mit der nöthigen Ruhe und Umsicht zu übernehmen. Da erschien Maas, und er war es, welcher das Chaos ordnete und System in die Arbeit brachte. Er war bereits in zwei Feldzügen thätig gewesen, und wie ein Feldherr theilte er seine Befehle aus und wies Jedem seinen Platze an. Nach kurzer Zeit ging Alles wie am Schnürchen und beim Morgengrauen war auf der Unglücksstätte die Hauptarbeit gethan. Verf. wird es nie vergessen, wie Maas, da er ihn in der Nacht überall hin auf die bei Hugstetten liegenden, viele Verwundeten beherbergenden Dörfer mitgenommen hatte, bei allen seinen Anordnungen stets dazu Zeit fand, ihm die interessantesten Fälle besonders zu erläutern. Was Maas in den folgenden Tagen

als Chirurg geleistet hat, dafür ist ihm von der Wissenschaft und den Behörden die höchste Anerkennung zu Theil geworden.

Wir trauern um Prof. Maas, der leider zu früh der Wissenschaft entrissen wurde. Wir trösten uns aber damit, dass sein Name in der Nachwelt stets fortleben wird.

Möge ihm die Erde leicht werden! M. T.

Correspondenzen.

Detroit, im Juli, 1886.

Bei uns herrschen zur Zeit in hygienischer Hinsicht nette Zustände. Kürzlich schleppte ein von Deutschland kommendes Ehepaar hier die Blattern ein. Zuerst erkrankte das Kind, dann der Vater desselben; die Mutter blieb merkwürdiger Weise von der Seuche verschont. Der dritte Fall ereignete sich in einer Gegend die entfernt von der Wohnung der Ersterkrankten liegt; die Patientin war mit letzteren in keine Berührung gekommen und weiss man heute noch nicht auf welche Weise die Ansteckung stattfand. Es ist jetzt schon Casus IV. entdeckt worden und wenn das so fortgeht dauert es nicht lange, bis die Pocken über die ganze Stadt verbreitet sind.

Unser neuerwählte Bürgermeister machte kürzlich den Fehler, Dr. Klein, einen beinahe achtzigjährigen Arzt — deutscher Abstammung — an Stelle des Herrn Dr. Flintermann, eines fähigen deutschen Arztes, zum Mitgliede des Gesundheitsrathes zu ernennen. Der Arzt, mit dem Ihr Correspondent zusammen praktizirt, Dr. J. H. Carstens, diagnostizirte einen neuen Krankheitsfall als Variola, war jedoch seiner Diagnose nicht ganz sicher, da die betreffenden Symptome nicht sehr ausgeprägt waren. Er zog desshalb den Gesundheitsbeamten unserer Stadt, Dr. O. W. Wight, zu Rathe, der ebenfalls die Krankheit als Pocken bezeichnete. Dr. Klein besuchte ebenfalls die Patienten und stellte die Blatterndiagnose in Frage. War schon des Gesundheitsbeamten Stellung in Folge der Haltung, welche der Präsident des Gesundheitsraths, Dr. Morse Stewart, ihm gegenüber einnahm, eine unleidliche, so wurde sie jetzt, da man seine Befähigung in Zweifel zog, unhaltbar. Ausgangs letzter Woche besuchte eine Anzahl hiesiger Aerzte den fraglichen Fall.

Es wird schwer halten einen passenden Nachfolger zu finden. Dr. Wight verband mit seinem medizinischen Wissen eine genaue Kenntniss des Rechts, was ihm bei der Ausführung von sanitären Maassregeln sehr zur Hülfe kam. Als hygienischer Schriftsteller ist er bekannt; sein letztes Buch: *Health Maxims*, welches in Appleton's Verlag erschien, rief verdientes Aufsehen hervor.

Detroit besitzt noch immer kein Pesthaus; unsere Stadtväter (*vulgo: Aldermen*) brauchen, wie ihre New Yorker Collegen das städtische Geld zu anderen Zwecken. *'Tis a pity, 'tis true; 'tis true, 'tis a pity.*

Endlich einmal etwas Neues! Hiesige Verleger haben kürzlich ein Werk herausgegeben, das in der medizinischen Literatur Amerikas einzig darsteht, nämlich ein medizinisch-chirurgisches Adressbuch: *The medical and surgical directory of the United States.* Dasselbe enthält auf 1455 Seiten die Namen von beinahe 80,000 Aerzten, giebt an, wo dieselben promovirt haben und zur Zeit ihren Beruf ausüben. Es giebt ferner alle Hospitäler, medizinischen Vereine und Lehranstalten, medizinische Journale, Aerzte der Ver. St. Armee und Marine, sowie alle Heilquellen des Landes an. Am Schluss werden die Namen aller Aerzte der „grossen Republik" alphabetisch geordnet aufgeführt. Dass dieses

Buch von grosser Bedeutung ist, ist selbstverständlich und kann man von ihm wahrhaftig sagen, dass es einem längst gefühlten Bedürfnisse abhilft.

Dr. Hugo Erichsen.

Detroit, im August, 1886.

Zum ersten Mal seit langer Zeit waren vor einigen Tagen sämmtliche 6 Mitglieder des Gesundheitsrathes, Dr. Stewart, Dr. Klein, Dr. McGraw, Bürgermeister Chamberlain, Herr Moran und Polizeicommissär Miller, zur Berathung versammelt. Dr. Wight's Resignation und die drohende Pockenepidemie hatten die lässigen Mitglieder aufgerüttelt aus ihrer Lethargie und sie waren, als um ½3 Uhr Nachmittags die Sitzung begann, sämmtlich pünktlich zur Stelle. Der Gesundheitsbeamte, Dr. Wight, nahm natürlich an der Sitzung Theil. Die Verhandlungen wurden vom Präsidenten, Dr. Stewart, mit einem Bericht über die verschiedenen Pockenfälle, die sich in unserer Stadt gezeigt haben, eröffnet.

Nachdem Dr. Stewart jeden einzelnen der Fälle besprochen, erklärte er, dass zur erfolgreichen Bekämpfung der Seuche vor allen Dingen ein Pockenspital nothwendig sei und dass er deshalb die Errichtung mehrerer temporärer Holzbauten auf dem Platze, wo der Russell-Friedhof sich befunden, befürwortete. Ein tüchtiger Arzt sollte die Behandlung der Pockenkranken in dem provisorischen Spital übernehmen und 12 Aerzte sollten mit der Impfung der Bevölkerung der Stadt betraut werden, wozu gegen 20,000 „Lymph-Points" nothwendig sein würden.

Als Dr. Stewart geendet, erhob sich der Bürgermeister, Herr Chamberlain, und sprach sehr energisch gegen die von jenem befürwortete Errichtung des provisorischen Pockenhospitals auf dem Platz an der Russellstrasse. Ein solches Spital dürfe seiner Ansicht nach nicht innerhalb der Stadtgrenzen angelegt werden, am wenigsten aber in einem so dicht bevölkerten Distrikt, wie der von Dr. S. in Vorschlag gebrachte. Ein permanentes Pesthaus sei augenblicklich wegen Mangels an Zeit ausser Frage, man müsse daher ein temporäres errichten und ein solches dem Gesundheitsrath in einer Woche zur Disposition zu stellen, verpflichte er sich. Wenn die Epidemie vorüber wäre, sollte seiner Ansicht nach der temporäre Bau niedergebrannt werden.

Dr. McGraw erklärte sich zu Gunsten eines permanenten Pesthauses, im Augenblick aber sei er zufrieden mit einem provisorischen; doch müsste ein solches sofort in Angriff genommen werden.

Dr. Wight wurde darauf um seine Ansicht gefragt und sagte, dass er jetzt noch, wie früher, ein eifriger Befürworter eines permanenten Pesthauses sei, da man dasselbe nicht nur für die Aufnahme von Pockenkranken, sondern auch vom Scharlachfieber- und Diphtheritis-Patienten nothwendig habe. „Vorläufig," meinte er, „können wir Lazarethzelte auf dem Grundstück aufschlagen, welches das County für ein Pesthaus gekauft hat und bis kaltes Wetter eintritt, können wir ein permanentes Gebäude dort stehen haben. Die Pflege der Kranken im Pesthaus sollte den barmherzigen Schwestern übertragen werden, die wir für ihre Arbeit ja bezahlen können.

Dr. Klein sprach ebenfalls zu Gunsten eines permanenten Pesthauses und als er geendet, kam man überein, den Stadtrath um eine Bewilligung von $2,500 für Errichtung und Ausstattung des von Dr. Wight empfohlenen Zeltlazareths auf dem County-Platz zu ersuchen.

Damit war die Sache erledigt und der Rath wendete sich darauf der Resignation Dr. Wight's zu. Dr. McGraw eröffnete die Diskussion mit einer Ansprache in welcher er den Präsidenten wegen seines Auftretens Dr. Wight gegenüber zur Rede stellte.

Dr. Stewart erklärte, dass es ihm nur darum zu thun gewesen sei, den Sanitätsbeamten zu unterstützen, nicht demselben hindernd in den Weg zu treten. Auch sein Vorschlag, dass die Stadtärzte nur einen Termin haben sollten, sei im Interesse der guten Sache gemacht worden, denn er glaube, dass ein Stadtarzt, der zu lange im Amte sei, fahrlässig werde. (!)

Nach längerer Debatte brachte Commissär Miller eine Resolution ein, in welcher der Gesundheitsrath sein Bedauern über Dr. Wight's Resignation ausspricht und die Zurücknahme desselben verlangt.

Bürgermeister Chamberlain befürwortete Annahme der Resolution, zugleich erklärend, dass es die Pflicht Dr. Wights sei, in diesem kritischen Augenblick, wo die Stadt von einer Epidemie bedroht sei, auf seinem Posten auszuharren.

Die Resolution wurde einstimmig angenommen und Dr. Wight erklärte, dass er unter den Umständen seine Resignation zurückziehe und sich verpflichte, bis zum 30. Juni, 1888 im Amte zu bleiben, vorausgesetzt, dass man ihm einen Assistenten gewähre, da die Arbeit sich von Tag zu Tag häufe. Dr. Wight's Bedingung wurde sofort acceptirt und dann wurde die Sitzung, die so stürmisch begonnen, friedlich aufgehoben.

Dr. Hugo Erichsen.

Louisville, August 1886.

Wenn die fortschreitende Zeit allein genügte, um Material für interessante Correspondenzen anzuhäufen, so müsste ihnen diesmal von mir eine solche zugehen, denn es ist eine gute Weile, dass ich nichts habe von mir hören lassen. Freilich ist auch jetzt von hier nichts Besonderes zu berichten und es herrscht in medizinischen Kreisen noch die übliche Sommerstille.

Unsere Stadt ist im verflossenen Halbjahr von Epidemieen nahezu frei gewesen und ist, wie die Collegen sagen: *distressingly healthy!* (Ganz wie bei uns. D. Red.)

Eins aber ist wahrnehmbar: Der *Esprit du corps* unter den Medizinern ist im Vergleiche mit letztem Jahre entschieden gewachsen. Dies zeigt der Ton der medizinischen Journale namentlich in letzterer Zeit.

Unsere medizinischen Lehranstalten beginnen sich für den Winterkursus vorzubereiten und zwar auch das *Kentucky College*, dessen Gebäude abbrannte. Es ist ein geräumiges Haus gemiethet worden, welches bis zum Beginne der Vorlesung passend eingerichtet sein wird. Auch unser grosses Hospital wird von jetzt an eine für Studienzwecke viel vortheilhaftere Verwaltung erhalten. Das schöne Material desselben ist bis jetzt in mangelhafter Weise ausgenützt worden und die Krankenberichte sind bisher sehr mangelhaft und nicht in dauernd verwerthbarer Weise geführt worden.

Darüber vielleicht ein andermal mehr.

D. T. Smith, M. D.

Bücherschau.

Ein weiterer Fall von symmetrischen Defecten in den vorderen Gamenbögen, von Dr. A. Schapringer in New York. *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc.*, herausgeg. von Gruber etc. No. 11. 1884.

In beiden vorderen Gaumenbögen befinden sich je eine senkrecht gestellte längsovale Lücke, von denen die rechte, etwas kleiner als die linke, die Spitze des kleinen Fingers bequem durchlässt. Die umgebende Schleimhaut ist normal, keine Spur von Narbenbildung. Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand ist in Narbengewebe verwandelt, in Folge einer in der frühesten Jugend überstandenen Diphtherie. Der Kehlkopf zeigt Geschwüre an den wahren Stimmbändern. Keine Spur von überstandener Syphilis. Zeichen einer intrauterin geheilten doppelseitigen Hasenscharte.

Schapringer hält die Defekte für eine Hemmungsbildung. In Anschluss an diesen Fall führt er noch zwei Fälle von einseitigem Defekt an: einen aus eigener Beobachtung und einen anderen aus derjenigen Dr. Gruening's.

Aehnliche Fälle sind von Wolters, Solis Cohen und O. Chiari beschrieben. M. Toeplitz.

Protokolle der „Wissenschaftlichen Zusammenkünfte deutscher Aerzte" von New York.

Sitzung vom 27. Juni 1884.

Vorsitzender: Dr. B. Scharlau.

Sekretär: Dr. A. Schapringer.

Spinale Kinderlaehmung und paralytischer Klumpfuss,

Dr. Caillé stellt einen Fall von spinaler Kinderlähmung (*Poliomyelitis anterior acuta*) vor. Ein 19 Monate altes Kind war 3 Tage fieberhaft erkrankt. Am 4ten Tage trat eine Lähmung der rechten untern Extremität ein, bei erhaltener Sensibilität. Der constante Strom wurde central und peripher applicirt und im Verlaufe von 2 Wochen besserte sich der Zustand. Zur Zeit der Vorstellung sind nur noch die Muskeln des Unterschenkels, welche sich am Fuss inseriren, gelähmt.

Die spinale Kinderlähmung ist von einer Anzahl Erkrankungen zu differenziren. Diese sind: Cerebrale Lähmung, spinale Haemorrhagie, acute transversale Myelitis, Compressions-Myelitis (in Folge von Caries etc.) spastische Spinalparalyse, progressive Muskelatrophie, Pseudohypertrophie, periphere Lähmung durch Druck und Zug, diphtheritische Lähmung, Intoxicationslähmung (Blei) und Muskelschwäche bei Rhachitis.

Charakteristisch für spinale Lähmung der Kinder sind: Plötzliches Auftreten, vorher oft Fieber mit oder ohne Convulsionen, Maximum der Lähmung im Beginn, Entartungsreaktion der Muskeln. Die Lähmung ist nicht progressiv und geht langsam zurück. Keine Reflexe, Sensibilität, Blase und Rektum frei, herabgesetzte Temperatur und gelegentlich Cyanose der kranken Partie. Folgezustände sind Contractur und Deformität.

Als *Pendant* zu diesem Falle stellt Dr. Caillé einen jungen Mann vor mit paralytischem Klumpfuss, bei welchem die Lähmung vor 16 Jahren

aufgetreten war. Nach Hueter und Volkmann entsteht der paralytische *Pes equino-varus* in Folge der eigenen Schwere und der abnormen Belastung.

Dr. Seibert erinnert daran, dass Seligmueller auch bei Lähmung aus cerebraler Ursache Entartungsreaktion nachweisen konnte. Das Vorhandensein dieser Reaktion im vorliegenden Fall (des Kindes) schliesse also eine Gehirnläsion nicht aus.

Dr. Caillé recapitulirt die vorhererwähnten charakteristischen Symtome des Falles, welche keine andere Diagnose als die der spinalen Lähmung zulassen.

Dr. Rudisch gibt zu, dass Entartungsreaktion nicht charakteristisch ist für Spinallähmung. Nach seiner Erfahrung ist von ärztlicher Behandlung wenig oder gar kein Erfolg zu erwarten.

Dr. A. Jacobi hält auch den vorgestellten Fall für eine Spinallähmung. In Bezug auf Behandlung räth er anfangs antiphlogistisch zu verfahren und dann zu energischer Anwendung von Resorbentien, speciell von Quecksilberpräparaten, und von Ergotin.

Cyste der Ohrmuschel.

Dr. Schapringer stellt einen jungen Mann vor bei dem er eine kirschkerngrosse seröse Ansammlung im obern Abschnitt der *Fossa scaphoidea* der linken Ohrmuschel durch Incision zum Schwinden brachte. Er betont die Seltenheit des Vorkommens solcher Fälle.

Polysolv.

Dr. Tiegel zeigt eine Reihe von Lösungen verschiedener chemischer Stoffe in dem vom Chemiker Mueller-Jacobs dargestellten Polysolv.

Dr. Heitzmann hat das Polysolv als Lösungsmittel verschiedener Arzneistoffe, speciell des Theers in Anwendung gebracht, und gefunden, dass dasselbe auf die Haut reizend wirke.

Dr. Tiegel meint, dass diese reizende Wirkung von der Bildung freier Schwefelsäure herrühre. Er hat mit Mueller-Jacobs darüber Rücksprache genommen, und der Letztere habe versprochen, diesem Uebelstand abzuhelfen.

Dr. Seibert berichtet über einen Fall von Anätzung des Mundes, des Rachens und der Epiglottis mit Carbolsäure bei einem Kinde. Der Verlauf bewies, dass von der Säure nichts verschluckt worden war.

Dr. Caillé theilt mit, dass er sich bei Exstirpation von Balggeschwülsten des scharfen Löffels zur Heraushebelung des entleerten Sackes bedient, wodurch die Operation leicht und rasch beendigt wird.

Dr. Straus theilt einen Fall von *Purpura* mit rheumatischen Erscheinungen mit, in dessen Verlauf in Folge colossalen Blutaustritts in der rechten Zungenhälfte Erstickungsfälle auftraten, die jedoch nach einigen Tagen wieder zurückgingen.

ß-Naphthol.

Dr. Scharlau erkundigte sich nach den Erfahrungen der Anwesenden über die Wirkung von ß-Naphthol bei Hautkrankheiten. Er selbst hat es unter anderm auch in zwei Fällen im *Mount Sinai Hospital* mit gutem Erfolg gebraucht. Der eine war ein Fall von universellem Ekzem bei einem Kinde, bei welchem er die eine Körperhälfte mit 8 proz. ß-Naphtholsalbe behandelte und bei welchem die erste raschere Fortschritte zur Heilung machte. Der andere war ein Fall von Prurigo mit bedeutenden Lymphdrüsenanschwellungen, der auch sehr bald besser wurde.

Dr. Heitzmann sagt, dass die Erwartungen, welche Kaposi Anfangs auf dieses Präparat setzte, sich nicht bewährt hätten, hauptsächlich wegen der Nierenreizung, welche es oft verursacht. Am besten verwendbar sei es bei Scabies.

Typho-Malarial Fever.

Dr. Rudisch wirft die Frage auf, ob es eine Mischform von Unterleibstyphus und Malaria, das sogenannte „*Typho-malarial fever*" wirklich gebe oder nicht?

Dr. Heitzmann hatte einmal Gelegenheit, ein Präparat von einem der bedeutendsten amerikanischen Kliniker zu sehen, das ihn aber nicht überzeugte. Die Geschwüre waren leicht, von bläulicher Farbe. Die Milz war dunkelroth, aber nicht braun und pigmentirt, als ob der Patient früher an Malaria gelitten hätte.

Dr. Mravlag glaubt an die Existenz dieser Mischform und bemerkt, dass sie sich vor dem einfachen Ileotyphus durch Mangel der Diarrhöe und der Tympanitis auszeichne. Bei „*Typho-malarial fever*" brauche man die Vorsicht in Bezug auf Diät bei eingetretener Reconvalescenz nicht so zu beobachten, wie beim reinen Ileotyphus.

Dr. Rudisch bemerkt, dass unzweifelhaft reine Fälle von Ileotyphus sowohl hier wie in Europa nicht selten ohne Diarrhöe verlaufen und dass häufig genug Darmperforation eintritt, ohne dass Symptome der lokalen Reizung des Darmtractus vorher sich gezeigt hätten.

Sitzung vom 26. September 1884.

Vorsitzender: Dr. A. Jacobi.
Sekretär: Dr. A. Schapringer.

Osteom des Schaedels eines dreijaehrigen Kindes; Atrophie beider Nervi Optici.

Dr. G. W. Jacoby stellt einen Fall vor mit folgender Geschichte: Patient Jos. Lange, 3 Jahre alt. Vater und Mutter sind angeblich gesund. Die Mutter hat 8 lebende Kinder geboren und keine Fehlgeburten gehabt. Sechs Kinder sind am Leben und zwei sind gestorben, das eine an Gehirnkrankheit, das andere an Convulsionen. Patient ist das jüngste Kind. Im Alter von 9 Monaten fiel das Kind von einem Stuhl auf den Kopf. Die Mutter sagt aus, dass die Stelle am Schädel, von der später die Rede sein wird, sehr anschwoll. Sie datirt die jetzt zu sehende Knochenauftreibung von jenem Fall her. Das Kind hatte weder spontan, noch auf Druck Schmerzen und blieb munter. Im 11. Monate bekam es den ersten Zahn. Im 14. Monate fing es an zu gehen. Es war intelligent und die Mutter bemerkte nichts Aussergewöhnliches an ihm. Im zweiten Sommer machte es einen Magendarm-Katarrh durch, den darauffolgenden Herbst hatte es Masern und zwei Monate später Diphtheritis. Im März dieses Jahres fing es ohne vorhergehende Symptome plötzlich zu brechen an, und zeigte dabei Fieberbewegung. Nachdem es sich im Verlaufe eines Nachmittags 3 Mal erbrochen hatte, schlief es ein und erwachte erst den folgenden Morgen. Als P. aus dem Bett gehoben wurde, fiel seine Schwäche auf. Er taumelte „als ob er betrunken wäre" nach dem Ausdruck der Mutter. Das Kind stolperte aber damals nicht und erreichte immer das Ziel wohin es gehen wollte. Nach 2—3 Tagen bemerkte die Mutter einen Unterschied in der Gangart; P. stiess an die, ihm im Wege stehenden Möbelstücke an. Bei einer Gelegenheit fasste er, statt wie beabsichtigt

den Stuhl, den heissen Ofen an. Hieraus ersahen die Eltern, dass das Sehvermögen des Kindes gelitten hatte. Seit jener Zeit sind keine neuen Symptome aufgetreten.

Status praesens (1. Sept. '84) : Anämisches Kind. In der Gegend der grossen Fontanelle eine knochenharte, von normaler Kopfhaut bedeckte Geschwulst, welche seit dem oben berichteten Falle bestehen soll. Das Kind ist munter, hat anscheinend normale Intelligenz sowie Gehör und Geruch, so weit zu ermitteln, normal. Augenbefund (Dr. E. Fridenberg) : *Nystagmus oscillatorius* und grauweissliche Verfärbung des Opticus beiderseits ; Netzhautarterien und Venen klein. Pupillen weit, keine deutliche Lichtreaktion. Das Kind folgt der Kerzenflamme. Das Krankheitsbild ist offenbar durch die Knochengeschwulst am Schädel bedingt, welche langsam nach Innen ebensowohl wie nach Aussen gewachsen ist.

Die Lage des Osteoms weit nach vorn und in der Mittellinie erklärte es, warum noch keine Störungen der Intelligenz sich bemerkbar gemacht haben. Die Entstehung der Geschwulst ist offenbar auf das stattgehabte Trauma zurückzuführen. Der Anfangs beobachtete taumelnde, dem eines Betrunkenen ähnliche Gang sowie die rasch sich entwickelnde Opticusatrophie, erinnerten an Kleinhirnläsionen, doch besserte sich der taumelnde Gang sehr bald, ein Umstand, der bei Cerebellarläsionen nicht vorkommt.

Symmetrischer Defekt der vorderen Gaumenboegen.

Dr. Schapringer stellt ein 26-jähriges Mädchen mit congenitaler symmetrischer Lückenbildung der beiden vordern Gaumenbögen vor und zeigt Abbildungen von drei ähnlichen Fällen, den einzigen, die bisher veröffentlicht wurden. Der Fall ist ausführlich in No. 11 der „*Monatsschrift für Ohrenheilkunde, etc.*, Jahrgang 1884, beschrieben.*)

Vorzeigen von Praeparaten : Pericardiale Verwachsungen ; Missbildung.

Dr. Scharlau demonstrirt zwei menschliche Embryonen aus sehr früher Entwickelungsperiode, der eine 32, der andere ungefähr 35 Tage alt ; weiters ein Herz mit pericardialen Verwachsungen, das letztere herstammend von einem kleinen Kinde, welches im *Mt. Sinai Hospital* an Pneumonie verstorben war.

Dr. Baelz erinnert an die oft colossalen Mengen Exsudats, welche bei Pericarditis vorkommen und daran, dass bisher eine Erklärung dafür mangelte, wie es komme, dass die Herzaktion durch den Druck dieser grossen Quantität Flüssigkeit nicht aufgehoben wird.

Dr. Wald zeigt das Herz eines im Alter von sieben Monaten verstorbenen Kindes, welches von Geburt an cyanotisch war. Die Sektion konnte nur auf unvollkommene Weise gemacht werden. Das *Septum ventriculorum* und die *Arteria pulmonalis* fehlten.

Toedtliche Leberblutung bei Neugeborenen.

Dr. A. Jacobi demonstrirt die Leber eines am zweiten Tage nach der Geburt gestorbenen Kindes mit starkem Bluterguss in das Gewebe derselben. Die Peritonealhöhle war mit Blut gefüllt, das Scrotum davon dunkel gefärbt. Es soll nach Angabe der Umgebung kein Trauma vorausgegangen sein.

*) S. Bücherschau in dieser Nummer. (S. 170.)

Dr. Adler erinnert sich eines Falles von Leberblutung bei einem neugeborenen Kinde, bei welchem der Befund ein ähnlicher war, wie bei dem vorgezeigten Präparat. Das Kind, ein Mädchen, war durch ziemlich schwierige Wendung zur Welt befördert worden und starb nach 24 Stunden.

Dr. Kucher erwähnt, dass solche Fälle häufig bei Steissgeburten zur Beobachtung kommen, wenn die Aerzte bei der Extraktion statt des Beckens den Bauch des Kindes anfassen.

Dr. A. Jacobi demonstrirt weiter das Herz eines 42-jährigen Mannes, der an Myocarditis gelitten hatte. Es fand sich eine Ruptur an der Herzspitze.

Fall von Ileus.

Dr. Rudisch erzählt die Krankengeschichte eines Falls von Perforation des *Appendix vermiformis* bei einem 13-jährigen Knaben und Dr. A. Jacobi demonstrirt das betreffende Präparat. Letzterer legt Gewicht darauf, dass in dem vorliegenden Falle Produkte früher vorausgegangener Entzündungen des Darms zu sehen seien und behauptet, dass solches bei allen Fällen von tödtlichen Perforationen des Wurmfortsatzes der Fall sei. Auf diesem konstanten Befund gründet sich die Ansicht Krackowizer's, dass in den normalen Appendix ein Fremdkörper nie hineingelangen könne, sondern blos in einem durch Entzündungsprodukte veränderten.

Verschluckte Nadel.

Dr. C. A. von Ramdohr berichtet den Fall eines 6-jährigen Kindes, das eine Tuchnadel verschluckt hatte. Dieselbe, 2½ Zoll lang und mit einem Knopf versehen, ging am dritten Tage *per anum* ab, ohne die mindesten Beschwerden verursacht zu haben. Die Stühle enthielten nie Blut.

Dr. Baelz berichtet über den Fall eines 26-jährigen Arbeiters, der bis zu einem Tage vor seinem Tode nie an Darmbeschwerden gelitten hatte und der an einer stürmisch auftretenden Peritonitis starb. Es fand sich bei der Sektion im unteren Theil des Duodenum's ein Substanzverlust von solcher Grösse, dass der Daumen darin eingeführt werden konnte.

Sitzung vom 24. Oktober 1884.

Vorsitzender; Dr. E. Gruening.
Sekretär: Dr. A. Schapringer.

Mikroskopische Praeparate.

Dr. Waldstein demonstrirt mikroskopische Präparate:

1. Vom Anfangsstadium der sogenannten **metastatischen Leberabsesse** bei Dysenterie.

2. Von einem, von den kleineren Gallengängen ausgegangenen **primären Lebercarcinom** und

3. Von einem Fall von **Myelitis**, der klinischen Geschichte nach rheumatischer Natur. Ein quer getroffenes Gefäss zeigt hyaline Degeneration, was möglicherweise auf Lues beruht, auf deren Basis sich dann die Myelitis entwickelt haben kann.

Multiples Hautoedem.*)

Dr. Seibert verliest die Krankengeschichte eines Falles von multiplem Hautoedem durch vasomotorische Störung rheumatischer Natur. Eine Stunde nach einem Sprung vom Kutschbocke eines Wagens herunter, bemerkte Patient eine Anschwellung des Penis. Nach zweitägiger Bettruhe verschwindet die Anschwellung, kommt aber, nachdem Patient die Erlaubniss benützte aufzustehen, nach einer Stunde wieder zum Vorschein. Die Kommen und Gehen wiederholte sich dreimal. Nach der vierten Wiederkehr verschwand es nicht wieder ganz. Es verringerte sich und nahm gelegentlich wieder zu. Am 11. Krankheitstage zeigte sich ein starkes Oedem der rechten Bauchseite. Am nächsten Tage fand sich rechtsseitiges Knöcheloedem, beginnendes Oedem des Oberschenkels und Ausbreitung des Oedems auf die Hodenhaut. In der vierten Woche erst zeigte sich sehr geringes linksseitiges Knöcheloedem und Rückenoedem. Während den fünf Wochen, innerhalb deren sich diese Oedeme entwickelten, hatte Patient nie Fieber und keine Schmerzen. Sein Appetit war so gut wie sonst, der Puls jedoch immer 96. Die Diagnose war schwierig. Zuerst wurde an einen auf die *Iliaca interna*, etwa von einer intra-abdominalen Geschwulst ausgeübten Druck gedacht. Später konnte man an eine aufsteigende Thrombose denken. Dagegen sprach die Isolation der einzelnen oedematösen Bezirke. Weiters lies sich an eine centrale Störung denken. Syphilis wurde negirt und stimmte der Mangel an geschwollenen Drüsen sowie Erfolglosigkeit von Jodbehandlung damit überein.

Am Ende der 5. Woche, als die vorhin beschriebenen Erscheinungen auf dem Höhepunkte waren, klagte Patient eines Morgens über eine leichte Schmerzhaftigkeit im Gelenk der rechten grossen Zehe. Es wurde *Natron salicylicum* verordnet und nun trat plötzlich eine überraschende Besserung sämmtlicher Erscheinungen ein.

Für die Annahme, dass es sich in diesem Falle um eine vasomotorische Störung gehandelt habe, sprechen folgende Gründe :

1. Das multiple, scharfbegrenzte Auftreten.
2. Die Reihenfolge des Auftretens, welche durchaus nicht einer Thrombose entsprach.
3. Die roth-bläuliche Färbung der am meisten betroffenen Partieen.
4. Das rasche Schwinden und
5. Das Verschwinden nach Salicylgebrauch.

Ob es sich hier um eine multiple lokale Erkrankung der einzelnen Gefässnerven dieser Partieen (etwa Ergüsse in die Nervenscheiden) handelt oder um eine centrale Ursache mit resultirender partieller Lähmung (etwa durch Druck ebenfalls irgend eines Ergusses oder lokaler Markhyperämie) dürfte schwer zu entscheiden sein.

Folgende Gründe könnte man für eine centrale Ursache anführen :

1. Das zuerst einseitige, dann aber symmetrische Befallenwerden.
2. Die absolute Schmerzlosigkeit.
3. Muss man den fortwährend beschleunigten Puls in Betracht ziehen.

Der Umstand, dass die beschleunigenden Nerven-Fasern des Herzens in sympathischen Bahnen verlaufen (wie auch die vasomotorischen),

*) Der Fall ist ausführlich beschrieben im *N. Y. Med. Record*, 10. Januar 1885.

dass ferner starke Dosen Digitalis absolut keinen Einfluss auf die Pulsfrequenz ausübten — ein Symptom das Gerhardt in seiner schon erwähnten Besprechung als bezeichnend für die Vaguslähmung angiebt — lassen an einen centralen Ursprung denken.

Dr. Klotz meint, dass das lange Bestehen der Oedeme gegen die Annahme einer vasomotorischen Störung spreche.

Offener Ductus omphalomeseraicus; Operation; Heilung.

Dr. Adler stellt ein Kind vor, welches er im Deutschen Hospital wegen eines offengebliebenen *Ductus Omphalo-meseraicus* mit gutem Erfolg operirt hatte. Die Diagnose war vor der Operation nicht möglich gewesen. Man hatte an eine Urachuscyste gedacht. Austritt von Koth war nie beobachtet worden. Dr. Adler erklärte diesen Umstand aus der spitzwinkeligen Anheftung des *Diverticulum Meckelii* an die Darmachse.

Sitzung vom 26. December 1884.

Vorsitzender: Dr. A. Jacobi.

Sekretär: Dr. Schapringer.

Aneurysma der innominata.

Dr. Gerster stellt einen Mann vor, an dem er die rechte Carotis und Subclavia wegen Aneurysma der *Arteria innominata* unterbunden hatte. Der Fall ist schon anderweitig veröffentlicht.

Praeparate.

Dr. Boldt demonstrirt drei Präparate:

1. Ein Carcinom der Ileocaecalpartie des Darms einer 55jährigen Frau, welches er operativ entfernt hatte.
2. Beide Tuben und Ovarien einer Frau, an der er die Tait'sche Operation ausgeführt hatte, und
3. Eine verkalkte Lymphdrüse aus dem Omentum einer Frau, die wegen Hydrosalpynx laparotomirt worden war.

Loeslichkeit des Sublimates.

Dr. Caillé zeigt concentrirte Lösungen von Sublimat und betont, dass es praktisch und rathsam ist, dieses werthvolle Mittel in der Praxis in concentrirter Lösnng mitzuführen und nicht in Substanz. Sublimat löst sich:

In Wasser	1 : 16
In Glycerin	1 : 8
In Collodium	1 : 9
In Wasser (mit Zusatz von Ammon.)	1 : 4
In Alkohol	1 : 4
In Aether	1 : 8

Dr. Gerster erklärt, dass er es ebenfalls praktisch gefunden habe, eine concentrirte Lösung vorräthig zu halten. Er gebraucht eine Lösung in Alkohol (1 : 10). Bei dieser Concentration ist die Berechnung bei Anrichtung der Verdünnungen sehr einfach.

Ein Fall von Cerebrospinalmeningitis mit ungewoehnlichem Verlaufe.

Dr. Seibert berichtet über einen Fall von Cerebrospinalmeningitis, der durch seinen eigenthümlichen Anfang von Interesse ist. Eine

70jährige Frau, die vorher vollkommen gesund gewesen, bei der speziell nie Symptome aufgetreten waren, aus denen man Verdacht auf Tuberkulose hätte schöpfen können, erkrankte eines Abends mit heftigem Schüttelfroste und hoher Temperatur, Schmerzhaftigkeit aller Körpermuskeln und ausgeprägtem, allgemeinem Krankheitsgefühle. Die Temperatur am nächsten Morgen war 104° F. *in ano* ; Puls 120. Exquisite Hyperaesthesie der Haut beider unteren Extremitäten ; grosse Schmerzhaftigkeit der Muskeln der unteren Extremitäten, des Kreuzbeins und der Hüftgegend. Die Palpation der Wirbelsäule ergab ausserordentliche Empfindlichkeit des Kreuzbeins und der beiden untersten Lendenwirbel. Die oberhalb gelegenen Wirbel waren nicht empfindlich. Die Schmerzen persistirten 4 Tage lang, wurden durch grosse Dosen Morphium mit nur geringem Erfolge bekämpft. Die Temperatur war mittlerweile am 2. Tage auf 101° F. heruntergegangen und blieb auf dieser Höhe. Der Urin enthielt erst am 3. Tage Eiweiss in ziemlicher Menge. Am 5. Tage traten plötzlich ohne vorhergegangenen Konvulsionen Bewusstlosigkeit mit Nackenstarre und leichte Kontraktur der oberen Extremitäten ein. Vorher waren von Seiten des Gehirns keine Erscheinungen dagewesen. Zu gleicher Zeit bestand Lähmung des *Detrusor vesicae* wodurch das Einführen des Katheters nothwendig wurde. Die Bewusstlosigkeit hielt bis zum Tode an, welcher am 8. Krankheitstage eintrat.

Parenchymatoese Blutungen bei Retropharyngealabscessen.

Dr. Gerster berichtet über 2 Fälle von Retropharyngealabscess bei welchen er die seitliche Eröffnung hinter dem Sterno-cleido-mastoideus ausführte und welche in Folge unstillbarer parenchymatöser Blutung zu Grunde gingen. Es seien keine bedeutenderen Gefässe verletzt worden.

Dr. Gleitsmann erinnert in Anknüpfung hieran an einen im *Archiv für klin. Medizin* veröffentlichten Fall von einem in selbstmörderischer Absicht ausgeführten Schnitt am Halse, wobei der Patient im späteren Verlauf plötzlich starb. Bei der Section zeigte sich eine starke blutige Infiltration der sub-epiglottischen Falten als Todesursache.

Dr. A. Jacobi berichtet über eine hydrämische Frau, bei deren Sektion sich ergab, dass spontane Blutungen aus der unteren Fläche des Zwerchfells in Folge tiefgreifender Ernährungsstörungen stattgefunden hatten.

Der Vorsitzende erwähnt, dass ein Herz mit 4 klappiger Pulmonalis vorliege, dass jedoch Dr. Scharlau, der verhindert sei zu erscheinen, es selbst demonstriren wollte.

Sitzung vom 28. November 1884.

Vorsitzender : Dr. B. Scharlau.
Sekretär : Dr. A. Schapringer.

Wanderniere.

Dr. Alfred Meyer stellt einer Frau mit beweglicher Niere der rechten Seite, vor. Dieselbe verursacht keine Beschwerden ; sie wurde zufällig entdeckt, als die Frau wegen Pleuritis im *Mount Sinai Hospital* behandelt wurde.

Dr. Gleitsmann stellt einen Patienten mit *Laryngitis haemorrhagica* vor.

Praeparate.

Dr. Waldstein demonstrirt mehrere Präparate :

1. Ein Herz mit *Endocarditis verrucosa.*

2. Die Lunge eines Mannes, der an Typhus-Recidiv zu Grunde gegangen war, einen käsigen Herd und um denselben 20 bis 25 miliare Tuberkel enthaltend, und :

3. Ein falsches Darmdivertikel, welches, zum Unterschied von einem wahren, kein Mesenterium besitzt.

Perforirendes Magengeschwuer.

Dr. Arcularius zeigt das Präparat eines runden Magengeschwürs, herrührend von einem 62jährigen Mann, der 3 Tage vor seinem Tode noch gesund war. Um diese Zeit traten Zeichen der Verblutung auf. Blutbrechen erfolgte erst 2 Stunden vor dem *Exitus.* Das Geschwür fand sich am Cardialtheil der grossen Curvatur und hatte die Magenwand bis auf die Serosa perforirt. Aus der Krankengeschichte und dem Aussehen des Geschwürs schloss Dr. A., dass das letztere nur einige Tage alt sein konnte.

Dr Langmann bemerkt, dass Geschwüre an der hintern Wand des Magens haufig sich schmerzlos entwickeln, und das man daher aus dem Mangel subjektiver Beschwerden bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht schliessen dürfe, dass das Geschwür erst zu jener Zeit entstanden sei.

Dr. A. Jacobi fragt an, ob nicht ein pathologischer Zustand des Herzens vorgelegen habe, aus welchem man auf embolischen Ursprung des Geschwürs hätte schliessen können.

Dr. Arcularius erwiderte, dass die Untersuchung des Herzens *intra vitam* ein normales Verhalten desselben ergeben habe ; die Sektion habe sich nicht auf das Herz erstrecken dürfen.

Dr. Van Gieson fragt, ob runde Magengeschwüre gewöhnlich embolischen Ursprung seien.

Dr. A. Jacobi antwortet, dass dies meistens der Fall sei. Die *Melaena* des Neugeborenen rühre gewöhnlich von Embolieen, verursacht durch Thromben aus dem *Ductus Botallii.*

Sarkom der Lunge.

Dr. Schmitt demonstrirt die von metastatischen Sarkom-Knoten durchsetzte linke Lunge und Nieren eines 50jährigen Mannes und gibt die ausführliche Krankengeschichte. Dr. S. hatte sieben Monate vor dem Tode des Patienten einen sarkomatös entarteten Hoden entfernt. Er erinnerte an den Fall von Weber, betreffend ein Enchondrom des Hodens, in welchem Fragmente der Geschwulst in einem Ast der Lungenarterie gefunden wurden. In dem vorliegenden Falle erfolgte der Tod durch Erstickung, indem eine sarkomatös entartete Bronchialdrüse den rechten Haupt-Bronchus komprimirte. Im Sputum waren nie Geschwulstbestandtheile zu finden gewesen, doch machte es die vorhergegangene Erkrankung des Hodens in Verbindung mit den physi-

kalischen Zeichen, nichts destoweniger möglich, die Diagnose noch *intra vitam* bestimmt auf Sarkom der Lungen zu stellen.

Dr. Langmann hatte auch einmal Gelegenheit, Sarkom der Lunge während des Lebens zu diagnostiziren. Er hält das Verhältniss zwischen dem schweren allgemeinen Leiden und den geringen Lokalzeichen für charakteristisch bei dieser Erkrankungsform.

Dr. Van Gieson erwähnt, dass in 3 Fällen wo er dieselbe Diagnose *intra vitam* gestellt hatte, jedesmal der Vocalfremitus gefehlt habe.

Bacillen.

Dr. Waldstein demonstrirt ein Präparat von Finkler und Prior, die von denselben bei der *Cholera nostras* gefundenen Bacillen enthaltend, ferner die von Lewis im Zahnbeleg gefundenen Bacillen.

Spiegelgalvanometer.

Dr. Sachs bemerkt, dass er im Begriff sei, ein Spiegelgalvanometer für ärztliche Zwecke zu bauen, von welchem er erwartet, dass es sich als brauchbarer erweisen wird, als das vorgezeigte. Dr. Sachs meint, dass das Prinzip des Spiegelgalvanometers wegen der übergrossen Empfindlichkeit derselben nie für ärztliche Zwecke angewendet werden könne.

Dr. G. W. Jacoby bemerkt, dass man noch abwarten müsse, ob sich die Astasie der Nadeln im Hirschmann'schen Galvanometer nicht nach einiger Zeit verliere.

Struempell ueber Poliencephalitis.

Dr. Seibert macht die Versammlung auf eine neue Arbeit von Struempell in der *Deutschen Med. Wochenschrift* (No. 44) aufmerksam, in der der Verfasser die *Poliencephalitis acuta* beschreibt und hebt besonders die Aehnlichkeit der Symptome in dieser, sowie in anderen mit Lähmungserscheinungen einhergehenden Affectionen sowohl des Rückenmarks als auch des Gehirns hervor. In einem Resumé der zur Differentialdiagnose so oft herangezogenen Symptome zeigt Redner, dass die einzig für sich allein pathognomonischen Werth besitzende Erscheinung, das Fehlen oder Vorhandensein von Entartungsreaktion ist, indem nur damit, mit Sicherheit die Diagnose : Ob Gehirn- oder Rückenmarkslähmung? gemacht werden könne. Da diese Reaktion nach den maassgebendsten Autoren erst ungefähr 4 Wochen nach Eintritt der Lähmung bemerkbar ist, so folgert Redner daraus, dass man vor Ablauf dieser Zeit eine sichere Diagnose nicht stellen könne. Er deutet an, dass es ihm sogar zweifelhaft erscheine, ob dieses Symptom in Zukunft pathognomonischen Werth behalten würde, indem das Studium der Gehirnlähmungen im Kindesalter nach wenig ergiebige Resultate aufgewiesen habe, und zwar deswegen, weil man sich noch so wenig damit beschäftigt habe. Redner hatte sich schon in der Junisitzung im ähnlichen Sinne ausgesprochen, und betrachtete die Struempell'sche Arbeit als theilweise Bestätigung seiner Ansichten.

Vergleichende Tabelle der hauptsächlichsten Todesursachen in der Stadt New York im letzten Quartale des Jahres 1885, mit den entsprechenden Quartalen der fünf vorhergehenden Jahre.

Todesursachen.	1885.	1880.	1881.	1882.	1883.	1884.	Gesammtzahl für die fünf vorhergehenden Jahre.	Durchschnitt für die fünf vorhergehenden Jahre.
Gesammtzahl der Sterbefälle	7,499	8,068	9,022	7,669	7,360	8,614	40,733	8,146.6
Zymotische Krankheiten.	1,590	2,265	2,859	1,687	1,498	2,097	10,406	2,081.2
Konstitutionelle Krankheiten	1,747	1,775	1,986	1,890	1,766	2,001	9,418	1,883.6
Lokalerkrankungen	3,362	3,210	3,347	3,241	3,275	3,651	16,724	3,344.8
Entwickelungs - Krankheiten	484	505	494	524	525	541	2,589	517.8
Gewaltsame Todesarten.	316	313	336	327	296	324	1,596	319.2
Pocken	16	25	87	1	....	....	113	22.6
Masern	19	17	82	87	83	194	463	92.6
Scharlach	81	341	587	107	102	147	1,284	256.8
Diphtherie	384	647	591	278	263	417	2,196	439.2
Croup	277	379	273	170	189	218	1,229	245.8
Pertussis	147	56	92	98	51	124	421	84.2
Flecktyphus	9	2	4	2	5	....	13	2.6
Abdominaltyphus	110	78	159	133	178	155	703	140.6
Wochenbettfieber	74	95	66	67	100	76	404	80.8
Diarrhoeale Erkrankungen bei Kindern unter 5 Jahren	188	222	387	298	194	356	1,457	291.4
Diarrhoeale Erkrankungen aller Altersklassen.	273	299	514	408	277	441	1,939	387.8
Alkoholismus	33	67	81	68	42	44	302	60.4
Krebs	205	159	184	182	160	177	862	172.4

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. II. New York, Oktober 1886. No. 5.

Physiologische Vorbilder des Carcinoms und Alveolar-Myeloms.

Von Dr. C. Heitzmann.

Vorgetragen in der Sitzung der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 6. September 1886.

Die Thatsache, dass die Gewebe der Geschwülste Wiederholungen oder Nachahmungen normaler Gewebe sind, ist schon längst in das Bewusstsein der Pathologen gedrungen. Die vier Hauptformen der Gewebe: Binde-, Muskel-, Nerven- und Epithelgewebe finden sich in verschiedener Ausbreitung und Anordnung in Geschwülsten vor, und auch hier ist es wieder das im Thierkörper am meisten verbreitete Gewebe, das Bindegewebe, welches Blutgefässe, und in diesen das Nährmaterial trägt, demnach einen integrirenden Bestandtheil einer jeden Geschwulst bildet.

Durchschnittlich gilt die Regel, dass nur die Architektur der Geschwülste von der Anordnung normaler Gewebe abweicht, am auffallendsten in den Teratomen. Ein einfaches Fibrom unterscheidet sich von normalem fibrösen Bindegewebe nur durch die unregelmässige, verfilzte Anordnung der Bindegewebsbündel. Eine solche Unregelmässigkeit treffen wir indessen auch im Narbengewebe, während die Geschwulstform, welche man als Cheloid bezeichnet, durchschnittlich eine weit regelmässigere Anordnung der Bündel zeigt, als eine Narbe.

Myxome sind Wiederholungen des normalen Schleimgewebes, wie wir es in der Nabelschnur, der Placenta, oder in Lymphganglien antreffen. Einer so regelmässigen Anordnung aber, wie wir sie in den genannten Geweben, besonders schön auch im Schmelzorgan des Zahnes antreffen, begegnen wir in Myxomen nur ausnahmsweise.

Chondrome sind Wiederholungen der drei Arten des Knorpelgewebes, des hyalinen, streifigen und netzförmigen. Jedoch ist in Chondromen stets eine mehr oder weniger in die Augen fallende Unregelmässigkeit in der Anordnung der Elemente vorhanden; bisweilen begegnen wir in Chondromen sogar Mischformen aller drei Arten von Knorpelgewebe.

Osteome treten in den zwei Hauptformen des normalen Knochengewebes auf: der spongiösen und der kompakten. Man wird jedoch in den meisten Fällen von Knochengeschwülsten eine deutliche Unregelmässigkeit in den Grössenverhältnissen und der Anordnung der Knochenkörperchen erkennen; bei kompakten Osteomen sogar eine auffällige Unregelmässigkeit in der Vertheilung der Markgefässe (Havers'schen Kanälen).

Fettgeschwülste sind selten von normalem Fettgewebe so verschieden, um eine Diagnose unter dem Mikroskope zu gestatten, wenn man einen einzelnen Schnitt beobachtet, ohne zu wissen, woher derselbe stammt.

Gefässgeschwülste sind durch die Anordnung und Zahl der Blut- oder Lymphgefässe von normalem gefässhaltigen Bindegewebe leicht zu unterscheiden, obgleich für jede der drei Hauptformen der Angiome, der flachen, der lobulären und der kavernösen, physiologische Vorbilder existiren. Dies gilt besonders von den lobulären Angiomen, die in der Gefässvertheilung an die sogenannten Gefässknäueldrüsen erinnern; während kavernöse Angiome nach dem Plane des normalen kavernösen Gewebes, z. B. an der Basis der Nasenmuscheln, in den Schwellkörpern des Penis, aufgebaut sind.

Myome bilden Mischformen von fibrösem Bindegewebe mit glatten Muskelfasern, wie wir solchen in den Wandungen kontraktiler Hohlorgane so vielfach begegnen. Die Anordnung der Gewebselemente ist in Myomen wohl nie so regelmässig, wie in normalen Muskelschläuchen. Die Anwesenheit gestreifter Muskelfasern weist fast immer auf ein Teratom hin.

Neurome wären hier nur flüchtig zu berühren, indem eine Neubildung von markhaltigen und marklosen Nervenfasern in solchen Tumoren doch noch zweifelhaft ist, vielmehr diese Bildungen in der Regel vom Perineurium ausgegangene Fibrome, Myxome, oder möglicherweise von Arterien-Wänden ausgegangene Myome darstellen.

Von der grossen Gruppe der Sarkome ist durch Virchow festgestellt, dass dieselbe embryonales Bindegewebe oder Markgewebe darstellt. Wohl alle Formen der Sarkome finden ihre physiologischen Vorbilder in einer der Entwicklungsperioden des Embryo. Der Name „Sarkom" war sicherlich kein glücklich gewählter, da das Wort eine „Fleischgeschwulst" bezeichnen würde. Ich hatte vor Jahren den Namen „Myelom," also Markgeschwulst an Stelle des Namens „Sarkom" vorgeschlagen; obgleich ich mir nicht verhehlen konnte, dass man sich von dem in allen Lehrbüchern eingebürgerten „Sarkom" nur schwer trennen würde, und schliesslich auf den Namen wenig ankommt, wenn man damit nur richtige Begriffe verbindet.

Papillome sind Wiederholungen normaler Papillenbildungen auf Haut und Schleimhäuten.

Adenome sehen normalen acinösen oder tubulösen Drüsenbildungen ähnlich, bisweilen in so hohem Grade, dass man in Drüsengeschwülsten normale Drüsen vor sich zu haben meint. Die aus Adenomen hervorgehenden Cysten haben gleichfalls normale Vorbilder in den Cystenbildungen am Hoden und am Eierstocke.

Viel schwieriger ist es, für Carcinome physiologische Paradigmen zu finden. Man wird allenfalls durch die Anordnung der epithelialen Elemente des Medullarkrebses an die frühesten Entwicklungs-Stadien des Eierstockes erinnert; durch die Anordnung der mit Epithelien erfüllten Alveolen des Scirrhus an einen in der Entwicklung mehr vorgeschrittenen Eierstock. Aber für jene Form des Carcinoms, die man als Epitheliom bezeichnet, und welche durch konzentrisch geschichtete und verhornte Epithelbildungen so auffallend charakterisirt ist, liessen sich keine normalen Beispiele aufbringen.

Ich will nun auf ein solches Vorbild hinweisen, wie man demselben nicht gerade selten in den frühen Stadien der Entwicklung der Zähne begegnet. Ich wurde auf diese Vorkommnisse durch Präparate des Herrn Dr. C. F. W. Boedecker aufmerksam, der die Entwicklungsgeschichte der Zähne in meinem Laboratorium seit Jahren studirt.

Bekanntlich findet man die erste Spur einer Zahnbildung in der sechsten Woche des Embryo in Gestalt einer Furche längs des Kieferrandes.

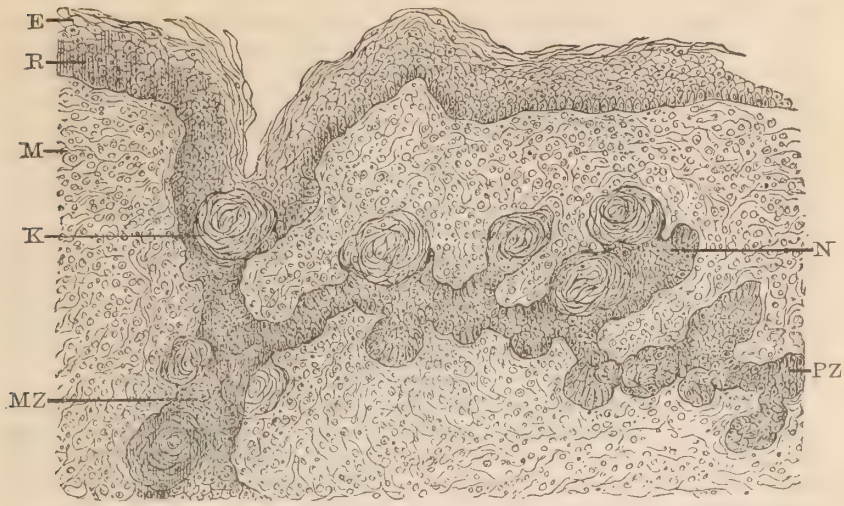


Fig. 1. *Epitheliale Anlage des Schmelzorgans eines Milch- und Dauerzahnes bei einem 5-monatlichen menschlichen Embryo.*

E. Epidermis; *R.* Rete mucosum; *M.* Embryonale oder Markgewebe; *MZ.* Epithelstrang des Milchzahnes; *PZ.* Epithelstrang des Dauerzahnes; *K.* Epithelkugel an der Ursprungsstelle der Epithelstränge; *N.* Nester, Knospen und Kugeln an beiden Epithelsträngen. (Vergrösserung 200.)

Fig. 2. *Alveolare Bildungen an Stelle eines Corpus luteum.*

AA. Alveolen, erfüllt mit polymorphen Elementen, zwischen deren Strängen zahlreiche Spalten sichtbar sind; *BB.* Gefässhaltiges Bindegewebe, welches reichliche Ausläufer in die Alveolen sendet; *W.* Gefässhaltiges Bindegewebe, welches die Wände der Alveolen herstellt. (Vergrösserung 200.)

Von dieser Furche wachsen in den folgenden Wochen eine Anzahl solider Epithelstränge in die Tiefe hinunter—die erste Anlage des Schmelzorgans. Die Epithelstränge der Milch- und Dauerzähne werden gleichzeitig angelegt, indem der Strang eines Dauerzahnes eine Abzweigung des Stranges eines Milchzahnes darstellt. Durchschnittlich beginnt die Bildung des Schmelzorgans im vierten Embryonal-Monate, während gegen Ende des fünften Monates und im Laufe des sechsten der Epithelstrang des Milchzahnes wieder zu schwinden beginnt. Wie dies geschieht, wird seiner Zeit, auf Grundlage reichlicher Studien, von dem obengenannten Forscher bekannt gemacht werden. Während nun, wie es scheint, in der Mehrzahl der Zahnstränge die Epithelgruppen wenig gekerbte Bildungen darstellen, an welchen die äusseren cylindrischen, und die inneren cubischen Epithelien mit grosser Regelmässigkeit angeordnet sind, begegnet man bisweilen Zahnsträngen, in welchen die Epithelien eine eigenthümliche Anordnung aufweisen. (Siehe Fig. 1.)

Stränge dieser Art sind immer kürzer und massiger, als jene mit gekerbten Konturen, und fast hat es den Anschein, dass eine rapide, mit der Umgebung nicht gleichen Schritt haltende Entwicklung der Epithelien zur Bildung solch' sonderbarer Knospen und Kugeln führt. An Querschnitten kann man sich leicht überzeugen, dass die mittleren Antheile der Knospen und Kugeln glänzende, stark verhornte Epithelien enthalten ganz ebenso, wie wir das in Epitheliomen so häufig sehen. Ich habe derlei Epithelnester an den Zahnsträngen viel zu oft gesehen, als dass ich annehmen dürfte, es handle sich um pathologische Bildungen. Dagegen sprechen noch zwei triftige Gründe: Erstens entwickelt sich das Schmelzorgan aus geknöpften Strängen mit genau derselben Regelmässigkeit, welche wir an gestreckten Strängen beobachten, und zweitens verschwinden geknöpfte Stränge im fünften und sechsten Foetal-Monate ganz ebenso, wie die gestreckten.

Hier liegt also eine Bildung vor, welche an die als Epitheliom bezeichnete Krebsform in frappanter Weise erinnert, und ich stehe nicht an, diese knospenden Epithel-Stränge als physiologische Vorbilder des Carcinoms zu bezeichnen.

Im Anschlusse möchte ich auf eigenthümliche Bildungen aufmerksam machen, welche möglicher Weise als die Vorbilder des viel diskutirten Alveolar-Sarkoms von Billroth betrachtet werden dürfen. Die Charaktere des Alveolar-Sarkoms wurden von diesem Forscher wohl begründet, und sind auch von Cornil und Ranvier als berechtigte angesehen worden. Zu denselben gehören: Die dünnen, gefässführenden Bindegewebswände, welche geschlossene Höhlen, also Alveolen umgeben; ferner die Mannigfaltigkeit der Formen der Sarkom-Elemente innerhalb der Alveolen, welche keine Aehnlichkeit mit Epithelien haben; endlich der Umstand, dass die wandständigen Sarkomkörper häufig birnförmig sind und sich mittelst je eines dünnen Stieles in die Alveolarwand unmittelbar einpflanzen.

Man hat die Zulässigkeit der Diagnose "Alveolar-Sarkom" vielfach angezweifelt, und behauptet, dass hier eine Varietät von Carcinom vorliege. Ich kenne aber die Geschichte eines Falles, welche, wie mir scheint, sehr zu Gunsten des Alveolar-Sarkoms spricht. Vorauszuschicken wäre, dass, wie schon Virchow behauptet hat, rasch wachsende Carcinome bisweilen den epithelialen Charakter vollständig einbüssen und alle Eigenschaften, sowohl die klinischen wie histologischen des Sarkoms, annehmen. Ein ursprüngliches Carcinom kann secundäre Ablagerungen veranlassen, welche die Eigenschaften von Sarkomen und

nicht von Carcinomen aufweisen, um so gewisser, je rascher das Wachsthum und je bösartiger der Verlauf. Dass aber umgekehrt ein ursprüngliches Sarkom sich zu Carcinom umwandeln oder secundäre Carcinom-Bildungen hervorrufen sollte, ist noch nie behauptet worden, und nach Allem, was wir über die Entwicklungsgeschichte dieser Tumoren wissen, im höchsten Grade unwahrscheinlich.

Ein Mann in den sechziger Jahren bekommt eine Geschwulst in der Haut der rechten Leiste, welche rasch bis zur Grösse einer Haselnuss anwächst. Sie wird exstirpirt, kehrt aber nach wenigen Monaten wieder zurück. Neuerliche Exstirpation: neuerliches Recidiv. Das wiederholt sich ein drittes Mal, bis schliesslich sowohl die Narbe, wie deren Umgebung so mächtig anschwellen, dass jede weitere Operation als unmöglich erklärt wird. Die Diagnose war bis dahin immer Carcinom, trotzdem eine Verschwärung nie stattgefunden hatte. Der Kranke fängt an bald darauf abzumagern, zu husten und beträchtliche Mengen eines schleimigeitrigen Sputums auszuwerfen. Der behandelnde Arzt brachte mir solches Sputum, in welchem ich nebst Eiterkörperchen zahlreiche Körperchen eines Lympho- oder Kleinrundzellen-Sarkoms nachweisen konnte. Die Diagnose war: sekundäre Sarkombildung in den Lungen. Bei der Obduktion wurden beide Lungen mit Sarkomknötchen durchsetzt gefunden; im Netz war ein etwa Wallnuss-grosser Knoten mit den charakteristischen Merkmalen eines Aveolar-Sarkoms; die ursprüngliche Geschwulst erwies sich als ein sogenanntes Grossrundzellen-Sarkom. Ich gebe gerne zu, dass dieser Fall nicht ganz eindeutig ist, doch scheint mir die gegebene Auffassung die naturgemässeste zu sein.

Ich habe bei der Untersuchung von etwa zwei Dutzend Ovarien, welche durch Laparotomie entfernt waren, zweimal eigenthümliche Bildungen an Stelle eines *Corpus luteum* gesehen, welche ich hierab bilde. (Siehe Fig. 2.)

Alveolar-Räume sind mit polymorphen Elementen erfüllt, welche hie und da sich gegenseitig abplatten, und dadurch den Eindruck von Epithelien machen. Bei genauerer Untersuchung stellt sich aber heraus, dass zwischen zahlreichen Gruppen und Strängen dieser Elemente zarte Bindegewebszüge eingelagert sind, ja viele der Elemente direkt mit Bindegewebsfäden in Verbindung stehen. Dieser Umstand schliesst wohl die Diagnose Carcinom aus. In der Füllungsmasse der Alveolen sind vielfach Lücken vorhanden, augenscheinlich durch hydropische Quellung einzelner Körperchen entstanden. Hie und da sind an Stelle der Körperchen Fettkugeln getreten. Während das umgebende Bindegewebe reichlich mit Blutgefässen versehen ist, dringen solche nirgend in das Innere der Alveolen ein.

Dass in diesen Fällen ein pathologischer Process, etwa eine beginnende Geschwulst vorliege, ist nicht wahrscheinlich, da in beiden Fällen die Alveolarbildung nur einen sehr kleinen Bezirk des Eierstockes, etwa dem eines *Corpus luteum* entsprechend einnahm, und die Formation in beiden Fällen qualitativ und quantitativ eine nahezu gleiche war. Wollte Jemand in diesen Bildungen ein Endotheliom erkennen, so könnte ich ihn kaum vom Gegentheil überzeugen. Mir aber scheinen diese Nester, welche vielleicht aus Ueberresten früherer Follikel-Epithelien hervorgegangen sind, brauchbare Vorbilder des Alveolar-Myeloms zu sein. Um zu dieser Ansicht zu gelangen, muss man die Meinung fallen lassen, dass das Epithel unter allen Umständen eine exclusive Bildung *sui generis* sei, aus welcher wieder nur Epithelien und Derivate derselben entstehen.

Ich bin schon lange zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Epithelgewebe nicht selten, sowohl in physiologischen, wie pathologischen Vorgängen zu Markgewebe zerfallen, und schliesslich Bindegewebe werden kann.

Eintheilung und Diagnose des Lichen.

Dr. Fritz Leviseur,
Mitarbeiter am „*Deutschen Dispensary*".

Vorgetragen in der Sitzung des *Medizinisch-Chirurgischen Vereins deutscher Aerzte von New York und Umgebung* am 6. September 1886.

Uebertriebene Klassifizirungsversuche und die bedauernswürdige Wahl vieldeutiger unzutreffender Namen haben hauptsächlich dazu beigetragen, nicht nur einzelne seltene Formen des *Lichen*, jenes so interessanten Kapitels in der Lehre von den Hautkrankheiten, zu verdunkeln, sondern sogar den gesammten Begriff bei Vielen in Misscredit zu bringen. Mit Widerwillen, m. H., und unbefriedigt, haben Sie sicher schon, als Sie Sich über einen Fall in ihrer Praxis orientiren wollten, die Lehrbücher und Journale durchgelesen und bei Seite gelegt. *Tot capita, tot sensus!* Ein jeder der Autoren hat seine eigene Auffassung und Eintheilung, von den Altgläubigen an, die noch zur Fahne des ehrwürdigen Willan stehen, bis zu den rationalistisch Modernsten, die schon auf einen spezifischen Bacillus Jagd machen, in buntester Abstufung und Kombination.

Und doch haben wir es hier mit einer gar nicht seltenen, klinisch wie pathologisch ausgesprochenen Krankheitsform zu thun, deren Erkenntniss und Therapie für Arzt und Patienten von so eminenter Bedeutung ist, dass es hier mehr wie irgendwo, gilt, im Durcheinanderwogen widerstreitender Ansichten festen Fuss zu fassen, sich eine eigene Meinung zu bilden und mit verlässlichen Prinzipien ausgestattet voranzugehen Etwas zur Klärung und Sicherstellung in Bezug auf die praktisch so wichtige Frage der Eintheilung und Diagnose des *Lichen* womöglich beizutragen, soll der Zweck meiner folgenden kurzen Ausführung sein.

Was Hippokrates, Celsus und die arabischen Aerzte unter λειχην verstanden, erhellt am besten aus Galen's bekannter kurzgefasster Definition: *Summae cutis asperitus cum multa prurigine et furfuribus.* Zu unserer Beschämung müssen wir eingestehen, dass diese der Wahrheit doch nahe kommende Erklärung im Lauf der folgenden Jahrhunderte nur, wenn ich so sagen darf, „verschlimmbessert" worden ist, und selbst als der berühmte Willan mit der Aufstellung von fünf Unterabtheilungen: *L. simplex, L. agrius, L. pilaris, L. luridus & L. tropicus* hervortrat, ward die Verwirrung bedeutend gesteigert, anstatt gelöst. Der Reichthum an Namen ging mit der Armuth an Begriffen Hand in Hand und die heterogensten Affektionen wurden in eine gemeinsame Klasse hineingezwungen. Eine glücklichere Zeitperiode für die Erkenntniss des *Lichen* beginnt erst mit Ferdinand von Hebra, dessen geniale Beobachtungsgabe uns die erste ausreichend klare Definition schuf. Dieselbe lautet in des Meisters eigenen Worten:

„Ich bin der Ansicht, dass man das Wort *Lichen* in seiner ursprünglich Hippokratisch-Galen'schen Bedeutung, welche auch von Manardus, Lory, Plenk u. A. in späteren Zeiten beibehalten wurde, nur zur Bezeichnung jener krankhaften Veränderungen der allgemeinen Decke benutzen soll, welche sich allerdings auch durch Knötchen, aber durch

solche, welche durch einen bestimmten Prozess hervorgerufen werden, kennzeichnen, und welche überdies in ihrem ganzen weiteren Verlaufe keine fernere Umwandlung mehr erleiden, und auf diese Weise ein stetiges Kranksein repräsentiren."

Von dieser soliden Grundlage ausgehend theilte er die Affektion in zwei Klassen, I. den *Lichen scrophulosorum* und II. den *Lichen ruber*. Die erstere Abtheilung hat folgende Entwicklung und Charakteristik: Es erscheinen hirsekorngrosse, blassgelbrothe, zwar diskrete, aber in Gruppen zusammengedrängte, mit wenigen Schüppchen dedeckte, nicht exkoriirte, am Stamme sich lokalisirende Knötchen. Die gruppenweise Anordnung der Knötchen bleibt während des ganzen Krankheitsverlaufes unverändert, und wenn auch einzelne neue Knötchen in der Umgebung der früheren auftreten und dadurch mit benachbarten Gruppen eine Verschmelzung zu Stande kommt, so entstehen entweder an andern Orten neue Gruppen mit denselben Charakteren wie die zuerst gebildeten, oder es sind selbst die alten durch hinlänglich grosse gesunde Hautstellen von einander getrennt. Oft blassen die Knötchen im Zentrum allmälig ab, werden flach, bis sie sich in gelbe oder gelbbraune fahle über das Hautniveau nicht hervorragende punktförmige Pigmentflecke verwandeln. Jucken fehlt gänzlich, daher auch keine Exkoriationen bemerkbar. Die Affektion tritt nur bei Leuten auf, die selbst oder wenigstens deren Eltern in ausgesprochener Weise an Knochen-, Haut-, Lungen- oder meist Lymphdrüsen-Tuberkulose leiden oder gelitten haben, fast ausschliesslich bei Kindern oder jugendlichen Personen, sehr selten jenseits der 20er Jahre.

Ich reiche Ihnen hier die vorzügliche Abbildung aus Hebra's Atlas herum. Als kurze Erklärung dazu findet aich der folgende bündige Satz: „Die gruppenweise stehenden Knötchen mit geringer Schuppenbildung nebst der Narbe am Nacken in Folge eines skrofulösen Geschwüres charakterisiren diese *Lichen*-Art." Dass die Diagnose, wenn man den soeben angegebenen Gesichtspunkten folgt, sehr leicht ist, ergiebt sich von selbst.

Bei den drei Fällen von *L. scrophulosorum*, die ich bis jetzt zu sehen Gelegenheit hatte, zwei davon in Kaposi's Klinik in Wien und einen in der des Dr. Payne im *St. Thomas Hospital* (London), war ausserdem noch Dasjenige auffällig, auf was Behrend bei der Vorstellung eines typischen Falles in Berlin im Jahre 1882 aufmerksam machte. Die stecknadelkopf-, bis hanfkorngrossen, am Stamme lokalisirten, nicht juckenden Knötchen waren ziemlich schlaff, so dass sie, wenn man die Haut anspannte zwischen den Fingern, fast ganz verschwanden und nur durch das manchen von ihnen anhaftende Schüppchen auffielen, während sie sonst natürlich dem Gefühl und Auge als deutliche Papeln imponirten. Dass diese *Lichen*-Form hier in dem von Skrophulose beinahe freien Amerika zu den grossen Seltenheiten gehört (unter 5000 Fällen nach Bulkley nur einer) ist selbstverständlich, und müssen wir desshalb die in den Journalen mitgetheilten Fälle mit Vorsicht aufnehmen.

Die zweite Hauptabtheilung des *Lichen*, zu der wir jetzt kommen, meine Herren, ist der *Lichen ruber*. Leider wurde derselbe in den ersten Beschreibungen von Hebra über das Maass hinaus in düsteren Farben geschildert. Es waren nur jene traurigen, schon durch ihre Ausbreitung über den grössten Theil der allgemeinen Decke an und für sich für den Patienten verhängnissvollen Endstadien der Affektion, welche der Forscher im Auge hatte, und die wegen ihrer extremen Seltenheit

für den Praktiker kein Interesse haben konnten. Da war es Sir Erasmus Wilson, der in der Mitte der 60er Jahre die häufigste charakteristischste und jetzt wohl allüberall anerkannte *Lichen*-Art, den *Lichen planus* in meisterhafter Weise beschrieb. Da derselbe mit dem von Hebra allerdings nicht treffend genug geschilderten Anfangsstadium seines *Lichen ruber* höchstwahrscheinlich identisch ist, und da fernerhin Uebergangsformen vom *L. planus* (Wilson) zum *L. ruber* (Hebra) authentisch konstatirt sind, so kann man sich getrost der von Kaposi Besnier und Andern vertretenen Eintheilung anschliessen, wonach der Hauptbegriff *Lichen ruber* in zwei Klassen zerfällt, nämlich :

1. *Lichen ruber planus* und
2. *Lichen ruber acuminatus.*

Was zuvörderst den *L. ruber planus* anbetrifft, so ist das Auftreten nicht nur unveränderlicher Papeln, sondern solcher von ganz charakteristischer Farbe, Form, Struktur, Gruppirung, Lokalisation sein Kennzeichen. Bei ihrem ersten Erscheinen sind die Knötchen blassröthlich gefärbt und stechen von der normalen Haut nur durch einen ihnen während ihres ganzen Verlaufes mehr oder weniger anhaftenden wachsperlenartigen Glanz deutlich ab. Diese besonders bei schief auffallendem Lichte gut sichtbare zarte Glasur ist für die *Lichen-planus*-Effloreszensen sehr charakteristisch, und nachdem man sie einmal gut gesehen hat, wird man kaum in Versuchung kommen, sie mit ihrem feuchten Glanze der bei per Rückbildung einiger anderer Effloreszensen wie kleiner erythematöser Exsudationen oder gar abgeheilter Herpes-Bläschen, zu verwechseln. Sind die Knötchen noch blass und klein, so kann man bei genauerer Betrachtung leicht einen haarbreiten rothen Saum ihre Basis umziehen sehen. Später treten je nach Dauer und Lokalisation der Erkrankung verschiedene rothe Farbennuancen auf, wobei die in's blauviolette spielenden hauptsächlich an den abhängigen, die mehr gelblichen an den übrigen Körperpartieen zum Vorschein kommen. Die affizirten Stellen sehen nicht diffus gefärbt, sondern deutlich breit punktirt aus, wie es in dieser Abbildung hier angedeutet ist, und man wird der Autorität Kaposi's wohl Glauben schenken dürfen, der sich in seinen Vorlesungen zu vermessen pflegt, oft aus diesem Umstande allein schon von fern die Diagnose *Lichen planus* stellen zu können. Für weniger Geübte führt die Beobachtung der Form der einzelnen Knötchen wieder eher zur Sicherung der Diagnose. Die Effloreszensen sind wenig erhaben, besitzen eine polygonale Basis und die schon länger bestehenden weisen eine leichte Nabelung in ihrer Mitte auf.

Diese eigenthümliche Gestaltung der Knötchen näher kennen zu lernen hatte ich vergangenen Winter gute Gelegenheit, als ich mich mit der Nachbildung einiger Hautaffektionen in Wachs beschäftigte. Ich machte einige ungefärbte Abgüsse nach der Natur von *Lichen planus* und chronischem Ekzem und strich nun mit einer dunklen Farbe leicht über die Oberfläche der Präparate, so dass sich alles Prominirende färbte und deutlich hervortrat. So sehen Sie, meine Herren, hier drei Präparate, von denen das kleinste einen umschriebenen chronischen Ekzem-Plaque vom Nacken eines Mannes, das lange Präparat die Ellbogengegend einer an *Lichen planus* leidenden Frau, das letzte schliesslich, die normale Haut vom Handrücken eines Kindes darstellt. Beim Ekzem sehen Sie jene feinen und feinsten Linien der normalen Haut nur markirter und gröber, wodurch die durch dieselben begrenzten Felder schärfer hervortreten, während die *Lichen*-Papeln den deutlichen

Eindruck machen, als seien vieleckige kleine Körper in der Tiefe eingesprengt, deren feinere Linien durch Ausübung einer Spannung sich verwischen, während sie sich, soweit es ihre eigene Gestalt zulässt, von den gröberen begrenzen lassen. Die einzelnen Knötchen sind hanfkorn- bis höchstens linsengross und zeigen die Tendenz in gedrängten Gruppen aufzutreten, welche sich dann weiterhin nicht durch die Grössenzunahme der einzelnen Papeln, sondern durch das Auftreten neuer zwischen den alten ausdehnen. In Folge repressiver Vorgänge in der Mitte solcher Plaques und Weiterschreiten der Affektion an den geripteren Punkten entstehen oft kokardenartige Figuren mit dunklem Centrum und rothem Wall, die Hebra treffend mit dem Aussehen „einer von einem Perlenkranze umsäumten Brosche" verglichen hat. Dass ausnahmsweise die Dicke dieser Plaques eine ganz bedeutende werden kann, beweist ein von Kaposi im Juni dieses Jahres vorgestellter seltener Fall, bei welchem über die ganze Körperoberfläche ausgebreitete, rothe, narbenähnlich vorspringende, längsgerichtete Leisten und Stränge auftraten, die bis einen Centimeter Dicke erreichten.

Eine ausgesprochene symmetrische Anordnung und Prädilektion für bestimmte Stellen kommt den *Lichen-planus*-Papeln nur in früheren Stadien zu. Die für die Eruption charakteristischsten Stellen sind: Die Längeseiten der Unterarme und des Handgelenks, die Weichen, die untern Bauchpartieen und männlichen Genitalien, und über dem *M. Vastus internus* in der Kniegegend. Sekundär können alle Gegenden der Körperoberfläche betroffen werden. Von ganz besonderm Interesse ist die Lokalisation der Erkrankung auf der Wangenschleimhaut, den Lippen, der Zunge und dem Zahnfleische. Die kaum über die Oberfläche hervorragenden Knötchen setzen sich hier zu perlmutterartig glänzenden Ringen oder Streifen zusammen.

Sechs derartige Fälle beschreibt Pospelow, und aus Thiebierge's Beobachtungen vom vergangenen Jahre geht das wichtige Faktum hervor, dass diese Affektion der Schleimhaut derjenigen der Haut vorausgehen kann. Diese Thatsachen sind in Betreff der Differenzialdiagnose recht wohl zu beherzigen, da die Aehnlichkeit mit syphilitischen Eruptionen namentlich im frühen Stadium der Knötchenbildung gross ist, so dass man leicht einmal einen groben Irrthum begehen könnte, falls man nicht des Vorkommens des *Lichen planus* an diesen Stellen gedenken würde.

Die Produktion von Schuppen auf den Plaques des *L. planus*, die von Caposi wohl mit Unrecht ganz geleugnet wird, ist meist sehr unbeträchtlich; doch kann sie in einzelnen, unbehandelt gebliebenen, veralteten Fällen einen solchen Grad erreichen, dass eine Verwechslung mit Psoriasis leicht möglich. Die richtige Diagnose ergiebt sich indessen prompt genug, wenn man die grundverschiedene Entwickelungsweise beider Affektionen entweder anamnestisch oder durch Beobachtung des weiteren Verlaufes eruirt. Uebrigens tritt auch die Psoriasis in der *Palma manus* und *Planta pedis* nicht in solchem Maasse, mit so starken Infiltraten auf, wie es der *Lichen* an diesen Stellen zu thun pflegt.

Der Verlauf des *Lichen planus* ist ein äusserst chronischer: Mässiges Jucken, das mit dem Kommen und Gehen der Knötchengruppen exazerbirt oder remittirt, begleitet ihn als lästiges Symptom. Haben die einzelnen Knötchen ihre höchste Ausbildung erreicht, so eröffnet die Entstehnng der oben erwähnten kleinen Delle die Szene der regressiven Vorgänge, die mit Hinterlassung von mehr oder weniger intensiv

sepia-braunen Pigmentflecken endigt. Zuletzt schwinden auch diese und es bleiben kleine narbenähnlich glänzende, weissliche Depressionen zurück.

Behalten wir die bis jetzt angegebenen Punkte streng im Auge, so wird es uns nicht schwer werden, den *L. planus* vom chronischen Ekzem sowie von der Psoriasis zu unterscheiden. Die einzige grosse Gefahr, auf die ich bereits hingewiesen habe, besteht in der leider so häufigen Verwechselung mit dem papulösen Syphiloderm. Hier wie dort in zerstreuten Gruppen oder ringförmigen Figuren angeordnete braunröthliche Papeln, im Vereine mit ähnlichen Schleimhautaffektionen — so kann es wirklich grosse Schwierigkeiten machen, die beiden Krankheiten auseinanderzuhalten, und gar manche werden wohl, als unschuldige Opfer dieser unseligen Verwechselung dahinleben unter der nur vom schweren Geschütz des Quecksilbers und Jodkali's in Schranken gehaltenen Furcht vor der Tyrannin Syphilis. Man berücksichtige hier vor Allem, dass die Konstatirung eines charakteristischen Zyklus von Symptomen, den selbst oder dessen Spuren wenigstens man bei aufmerksamer Beobachtung verfolgen kann, zur Diagnose *Lues* nöthig ist.

Geringere differentia'diagnostische Schwierigkeiten bietet ein, wie mir scheint, hier in Amerika häufiges, klein-papulöses Erythem, das wohl mit dem *Lichen tropicus* den Autoren identisch sein mag. Nach äusseren, die Haut treffenden klimatischen Reizen, bei meist gleichzeitig vorhandenen Verdauungsstörungen bilden sich plötzlich zuerst mit Vorliebe auf Hand- und Fussrücken, sowie überhaupt den Streckseiten der Extremitäten auf erythematösem Grunde erbsengrosse gewölbte Papeln. Erst bei ihrer Rückbildung werden dieselben, den *Lichen*-Knötchen ähnlich; sie sinken nämlich in der Mitte ein, bekommen jenen feuchten Glanz, von dem ich oben sprach, und zeigen schliesslich, wenn sie ganz flach werden auch polygonale Kontouren. In rasch einander folgenden Ausbrüchen befällt die Affektion auch Rumpf und Gesicht. Oft kommt es dann zur Bildung von Bläschen, und dann ist ja *Lichen* von vorneherein auszuschliessen; oder es führt die Beobachtung der frischen Papeln, sowie des deutlich erythematösen Charakters der Erkrankung zur richtigen Diagnose. Da Seeluft und Zwischendeckskost in ihrer Kombination den ätiologischen Bedingungen gut genügen, so waren es hauptsächlich Immigranten, bei denen ich diese Erythem-Art auf der Hautabtheilung des *Deutchen Dispensary* zu beobachten Gelegenheit hatte.

Bezüglich der letzten Abtheilung des *Lichen ruber acuminatus* darf ich mich wohl seiner grossen Seltenheit wegen kurz fassen. Durch Berührung einer grossen Anzahl knapp neben einander entwickelter Hirsekorngrosser Knötchen werden Infiltrate von dunkelrother Farbe in's Leben gerufen, die mit papierdünnen, gräulichen, nicht besonders fest adhärirenden Schuppen bedeckt sind. Höchst oberflächliche Exkoriationen als Beweis des nur geringen Juckens sind gleichzeitig vorhanden. Durch Mengen- nicht durch Grössenzunahme schreitet der Prozess fort bis in Folge der andauernden Knötchenbildung endlich die ganze Cutis geröthet und verdickt und die Epidermis zu dünnen graugelblichen leicht abstreifbaren Schuppen umgestaltet ist. Nun degeneriren auch die Nägel, durch starke Rhagaden-Bildung wird die Beweglichkeit der Gelenke gehemmt, die Ernährung des Patienten nimmt ab, er wird mager und schliesslich morantisch. Alle jene 14 ersten von Hebra in dieser Weise beschriebenen Fälle endeten lethal;

ein Umstand, welcher der ganzen Autorität des grossen Dermatologen bedarf, um gläubwürdig zu erscheinen, und der jedenfalls wohl auf Rechnung ganz besonderer in Oesterreich obwaltender Verhältnisse des Klima's und Bodens zu setzen ist; denn weder aus England, noch aus Frankreich noch aus Amerika liegen gleiche Berichte vor.

Resumiren wir das bis jetzt in Bezug auf die Eintheilung des *Lichen* Angeführte, so kommen wir zu folgendem Schluss:

Es gibt nur drei wirkliche Lichen-Arten: *L. scrophulosus, L; ruber planus* und *L. ruber acuminatus*; alle übrigen, wie *L. simplex, L. pilaris, L. tropicus* und der neuerdings beschriebene *L. acnéique* u. s. w. sind nur ähnliche, aber der dem Lichen zu Grunde gelegten Definition widersprechende Hautkrankheiten. Keine unglücklichere Benennung, als *L. acnéique* z. B. konnte wohl für eine—wie ich nicht zu bezweifeln wage—eigenartige Affektion gewählt werden: Es kann wohl eine *Acne* geben, die *Lichen* ähnlich ist, aber niemals einen *Lichen*, der einer *Acne* gleicht. Das ist eine so auffällige *Contradictio in Adjecto*, dass wir es ernstlich bedauern müssen, eine besondere *Lichen*-Art unter dieser zur neuer Verwirrung Anlass gebenden Ueberschrift in Ziemssen's Handbuch angeführt zu finden, zu dem in dem betreffenden Artikel noch seine Aehnlichkeit mit Ekzem, sowie sein wahrscheinlich parasitärer Ursprung—alles Umstände, die dem Begriff *Lichen* in's Gesicht schlagen—angeführt werden. Der *L. pilaris* ist ein zu guter alter Bekannter, als dass wir ihn seinen, uns geläufig gewordenen Namen wegnehmen sollten, obgleich er sich durch denselben als etwas mehr aufspielt, wie er wirklich ist. Den *L. tropicus* habe ich bereits vom eigentlichen *Lichen* auseinander zu halten gesucht und der *L. simplex*—namentlich der englischen Autoren—ist von einer so erschreckenden Einfachheit, dass er den Anforderungen eines wirklichen *Lichen* gegenüber von selbst zurücktritt.

Es sei ferne von mir, hier behaupten zu wollen, dass die oben angeführte und vertretene Eintheilung eine ausreichende, allen Ansprüchen genügende ist, aber so viel steht fest, dass man zu ihr mit einem wahren, durch das Gefühl, der Wirklichkeit nahe zu stehen, hervorgerufenen Enthusiasmus nach Prüfung aller anderen jedesmal znrückkehren wird.

Zur Vervollständigung dessen, was ich über die diagnostischen Merkmale des *Lichen* bisher gesagt habe, muss ich hier noch der histologisch-pathologischen Befunde kurz gedenken, da dieselben, falls man einmal einen modernen Marsyas findet, der sich im Interesse der Wissenschaft ein Stückchen seines Felles über die Ohren ziehen lässt, zur Sicherung der Diagnose beitragen können. Die bekannten von Hebra, Kaposi und Neumann beschriebenen Vorgänge um die Haarbälge und Haarwurzelscheiden herum, wurden von Crocker sowie Neumann selbst für Spätstadien erklärt und oberflächliche Entzündungserscheinungen an den Schweissfollikeln und in ihrer Umgebung als das Primäre hingestellt. Weyl und Köbner halten diese Befunde für sekundär und eine perivaskuläre Wucherung der Gefässe des obersten Cutisbezirkes mit Zellinfiltration in die Papillen, dem Gefässverlauf folgend, für charakteristisch. Hören wir die Ergebnisse der letzten von Kaposi vor drei Monaten angestellten Untersuchung:

„Die grössten wie die kleinsten Knötchen bestehen aus einer dichten Zellen- und Kerninfiltration der subpapillären Coriumschicht, ohne jede Spur einer Organisation und Struktur von Bindegewebe. Es finden sich nur Zellen, viele nackte polymorphe Kerne, bisquitförmig—halbmondförmig—und viele Zellen mit den Erscheinungen der retrograden

Metamorphose, gebläht und wachsartig getrübt, gequollen; ziemlich reichlich Riesenzellen. Auch das bei *L. ruber* in reicherem Maasse, als bei andern chronischen Dermatonosen beobachtete zapfen „und federbuschartige Auswachsen der äusseren Haarwurzelscheide ist schön zu sehen."

Mögen neue und häufiger angestellte Untersuchungen helleres Licht werfen in das geheimnissvolle Walten eines Prozesses, der sich in so charakteristischer Weise nach Aussen hin dokumentirt.

Ein Fall von Morphium-Vergiftung bei einem Kinde.

Mitgetheilt von
Dr. A. Caillé, Kinderarzt am *Deutschen Dispensary* in New York.

Ein 2½ Jahre altes, kräftiges und gesundes Mädchen verschluckte durch Versehen der Mutter am 1. Mai d. J. 8 Uhr Abends einen Theelöffelvoll einer Mischung von

Solutio Morphii Magendie —
Liquor Ammonii anisatus. *a a partes aequales*

Wenige Minuten später kam der Mutter die Verwechselung zum Bewusstsein und Herr Doctor Wm. Balser, der Hausarzt der Familie wurde ohne Zeitverlust davon in Kenntniss gesetzt. Nachdem Herr College B. die Ueberzeugung gewonnen, dass das Kind in der That 0,06 *Morphium sulfuricum* bekommen hatte, gab er ein Brechmittel und applizirte nach der Entleerung des Magens

0,0003 *Atropinum sulfuricum*

subkutan; ferner wurde das Kind stimulirt und zum Gehen gezwungen.

Um 10 Uhr war ausgeprägte Schlafsucht bemerkbar; das Kind konnte durch die bisherigen Manipulationen nicht mehr wach erhalten werden und erhielt abermals subkutan:

0,0003 *Atropinum sulfuricum.*

Um 11 Uhr, als Schreiber dieses ersucht wurde, an der Behandlung Theil zu nehmen, lag das Kind auf dem Schooss der Mutter und schlief. Die Athmung war langsam—tief—stöhnend, unregelmässig und von Rasselgeräuschen begleitet. Die gesammte Muskulatur war relaxirt; auch der Unterkiefer hing schlaff herab. Die Schleimhäute zeigten sich blass und cyanotisch. Pupillen sehr eng. Kein Reflex der Cornea. Puls langsam und voll. Temperatur 36,5° C.

Behufs Erhaltung des Bewusstseins und der Respiration einigten wir uns auf folgende Maassregeln:

1. Campher—Aether subcutan.
2. Caffee mit Spiritus ammonii aromaticus innerlich.
3. Wachhaltung des Kindes durch Reizung mittelst des faradischen Stromes in Pausen von 20 Minuten;

und 4. Vorhalten von Liquor Ammonii caustici.

Die Application des mässig starken, unterbrochenen Stromes verursachte Schmerz und brachte die kleine Patientin in Aktion; arbeitete also dem drohenden Lungenödem entgegen—desshalb zwangen wir das Kind auch nach jeder elektrischen Reizung zum Gehen.

Gegen 1 Uhr früh entleerten wir die Blase durch den Catheter und applicirten ein Clysma, worauf wir das Kind, welches vollkommen erschöpft, aber wach war, ½ Stunde schlafen liessen.

Nach dem gewaltsamen Aufwecken war es weniger somnolent; konnte

den Kopf gerade halten und gab auf Fragen Antwort. Diese scheinbare Besserung dauerte nur kurze Zeit; unsere Bemühungen, in der angegegebenen Weise der Intoxikation entgegen zu arbeiten, schienen uns vergeblich zu sein, denn um 3 Uhr früh war das Kind nicht mehr wach zu bekommen. Die Athmung war ungenügend, über den ganzen Thorax war feuchtes Rasseln zu hören, und R. H. U. constatirten wireine 3 Finger breite Dämpfung (Oedem).

Es wurde nun künstliche Athmung nach „Sylvester" eingeleitet und in Pausen von 5 bis 10 Minuten bis zur Tageshelle fortgeführt.

Ausserdem wurde nochmals 0,0003 *Atropinum sulfuricum* subkutan gegeben, der Urin mittelst des Catheters entleert und ein 2. Clysma applicirt ohne jedoch Stuhlgang zu provoziren. Das Kind kam nach kurzer Zeit zum Bewusstsein und sträubte sich nicht gegen die nothwendigen Manipulationen. Das Lungenödem verbreitete sich nicht weiter; die Dämpfung schwand. Von 8 Uhr in der Frühe bis zum Nachmittage wurde die künstliche Athmung weniger energisch ausgeübt und das Kind von 3 Uhr an, nachdem es ein Bad erhalten, der Ruhe überlassen.

Da Morphium keine Gewebsveränderungen verursacht, so erholte sich das Kind in kurzester Zeit.

Gudden's Arbeiten über Schädel- und Knochen-Wachsthum.

Von Dr. E. Tiegel.

Im Jahre 1870 veröffentlichte Professor Dr. B. von Gudden im *Archiv für Psychiatrie* Bd. II. S. 693 einen Aufsatz betitelt: „Experimentaluntersuchungen über das periphere und centrale Nervensystem." Er zeigte in dieser Arbeit als der Erste, dass Extirpaton peripherer Endigungen oder centraler Theile des Nervensystemes bei neugeborenen oder jungen Thieren Atrophie der correspondirenden centralen oder peripheren Endapparate und der Leitungsbahnen zur Folge hat. Es war diese Arbeit der Ausgangspunkt einer Reihe von wichtigen Untersuchungen über den Nervenfaserverlauf in den Centralorganen, die in zahlreichen Aufsätzen in verschiedenen Archiven mitgetheilt sind.

Für Gudden selbst waren die Erfahrungen, die er bei seinen Versuchen und Operationen gewonnen hatte, der Anlass zu einer neuen Schrift die unter dem Titel: Experimentaluntersuchungen über das Schädelwachsthum von Dr. B. v. Gudden, München 1874" erschienen ist.

In dieser wichtigen Arbeit sind Anhaltspunkte genug vorhanden dafür, dass die Anwendung entsprechender Forschungsmethoden auf die übrigen Skelettheile ebenfalls praktisch unmittelbar wichtige Aufschlüsse geben würden. Eine Fortsetzung von Gudden's Arbeit in diesem Sinne ist nie bekannt geworden. Eben darum dürfte es von Interesse sein an diese Arbeit des Verstorbenen zu erinnern.

Alle Versuche sind an neugebornen Kaninchen oder an frisch ausgeschlüpften Tauben angestellt.

I. Abschnitt, Wachsthumsvorgänge, die die Knochen an und für sich betreffen.

Die Knochenstrahlen geben den Weg des Knochenwachsthumes, resp. den der Gefässentwickelung an. Die Berührungslinien der

Knochen, oder die Näthe sind niemals präformirt. „Ueberall wo die Knochenstrahlen, oder richtiger ausgedrückt, die Knochenblutgefässe, senkrecht auf die Nath gerichtet sind, wird diese zackig (*Sutura dentata*) überall, wo sie parallel verlaufen glatt (*Sutura simplex*).

Scheinbare Ausnahmen von dieser Regel kommen vor:

1. In der Mitte der Stirnnath. Aus einem noch nicht erklärten Grunde schieben sich hier die einzelnen Züge mehr über als in einander.
2. Am Schläfenende der Kranznath, das statt gezackt zu sein, glatt ist. Auch dieses rührt nur davon her, dass sich eine Schuppe bildet.
3. An Wormianischen Knochen. Auch hier hat die Erscheinung denselben Grund wie in den vorhergehenden Fällen.

Um den Irrthum zu widerlegen, dass die Knochen von den Näthen aus wachsen, schnitt v. G. an neugebornen Kanichen Näthe ganz aus. Er fand, dass die angrenzenden Knochen kaum darunter litten; sie wuchsen weiter und bildeten zusammenstossend eine Nath. Das Wachsthum des Schädels war nicht wesentlich beeinträchtigt.

Wo zwei Knochenwachsthumsbezirke sich berühren, bildet sich eine Nath. Da es nun überzählige Knochen giebt, die ganz ebenso ihre Näthe bilden, wie die normalen Knochen, so lag es nahe zu versuchen, ob sich nicht auch ganz neue Näthe künstlich herstellen liessen.

Wenn man einen Knochen an der Schädeldecke mit Messer oder Scheere trennt, so können sich in der That neue Näthe bilden. Sie entstehen immer dann, wenn die Entfernung der Schnittenden eine günstige ist. Bei zu grosser Entfernung entstehen Spalten; bei zu kleiner Synostosen.

Durch genaue Messungen an Schädeln mit Schaltknochen kann man den Nachweis führen, dass Verdoppelung selbst Verdreifachung der Näthe ohne wesentlichen Einfluss auf die allgemeine Configuration des Schädels ist.

Unterbindet man bei einem Kaninchen am vierten oder fünften Tage nach der Geburt beide Carotiden, so kann sich dnrch die Vetebralarterien ein Kreislauf wieder herstellen und die Thiere bleiben dann am Leben. Da, wo sonst die Näthe des Schädels sind, beobachtet man dann entweder Lückenbildung oder Verkürzungen ohne Synostosen oder Verkürzungen mit Synostosen. Unter der unmittelbar auf die Unterbindung folgenden Anämie leiden am meisten die entferntesten Blutgefässe, also diejenigen, welche den Knochenrändern am nächsten liegen. Ist die Folge hievon nur Nekrobiose, dann entsteht statt der Nath eine Spalte. Wenn der Nathknorpel noch relativ gut ernährt wird, dann bleibt er in seinem Wachsthume da stehen, wo er war, als die Circulationsstörung auftrat und das Resultat ist Synostose ohne Verkürzung. Geht der Nathknorpel aber zu Grunde, dann tritt Synostose mit Verkürzung auf.

Synostosen und Verkürzungen stehen also, trotzdem sie häufig zusammen vorkommen, nicht in einem c a u s a l e n Verhältniss, sondern beide haben eine g e m e i n s a m e Ursache.

Beim neugeborenen Kaninchen haben sich die Knochen aus den meisten Stellen erreicht, aber sie greifen mit den Zacken, die sich erst später ausbilden, noch nicht in einander. Wird das Wachsthum eines solchen Schädels nun gehemmt, so kann es sein, dass die Näthe glatter als gewöhnlich bleiben. Unter Umständen sind also glatte Näthe Zeichen gehemmten Wachsthumes; aber nicht immer ist es so. Es können unter anderen Umständen in Folge Wachsthumshemmung sogar Näthe entstehen, die mehr als gewöhnlich gezackt sind. Zu diesem Ende

braucht in Folge der Wachsthumshemmung nur ein einseitiger Druck in geeigneter Richtung zu entstehen.

Die Knochenblutgefässe stehen im Allgemeinen senkrecht auf der sich entwickelnden Nath. Die Blutgefässe sind unter einander durch orthogonale Anastomosen verbunden. Tritt nun Nekrobiose der äussersten Knochenpartieen ein, dann fliesst das Blut, welches sich staut, durch diese Anastomosen, gleicht alle Vorsprünge und Ecken aus und bildet sich neue Bahnen, die ihrerseits wieder das Wachsthum so beeinflussen, dass die verkümmerte Nath sich verlängert.

Entsprechend diesen Regeln zeigen nun Messungen an Schädeln, bei denen man Deformitäten durch Aderunterbindungen erzeugte, dass die grössten Verkürzungen bei einer Synostose der Nath vorkommen, dabei bleibt—wie schon Virchow angab—die Entwicklung des Schädels jedesmal in der Richtung zurück, welche senkrecht auf der synostotischen Nath ist. Aber beide Erscheinungen, die Synostose sowie die Verkürzung sind Folgen einer gemeinschaftlichen Ursache.

Das Wachsthum erfolgt nicht nur nicht von den Näthen aus, sondern es findet an ihnen eine Art Stauung oder Hemmung statt. Wenn der Schädel relativ stärker wächst als das Hirn, dann kann sich an der Pfeilnath eine Leiste ausbilden. Bald nach der Geburt wurde aus dem rechten Scheitelbein eine kleine Lücke ausgeschnitten ; das linke wuchs in die Lücke hinein. Bei anderen Schädeln wurden im Zusammenhang mit äusserem und innerem Periost Streifen aus dem Scheitelbein herausgeschnitten; die Stirnbeine schoben sich deutlich gegen die Lücke vor. Wenn man das Interparietalbein herausschneidet, dann schliessen Scheitel- und Hinterhauptbeine die Lücke durch stärkeres Wachsthum.

Die Schädelknochen wachsen vom inneren und äusseren Periost aus und ausserdem interstitiell. Bei einem neugeborenen Kaninchen wurde ein 4 mm. breiter Perioststreifen an der Pfeilnath entfernt. Nach 6 Wochen fand sich an der betreffenden Stelle eine Vertiefung im Knochen. Man darf daraus nicht schliessen, dass inneres und äusseres Periost gleichmässig beim Knochenwachsthum betheiligt sind. Folgende Gründe sprechen dafür, dass das Wachsthum an der äusseren Fläche ein stärkeres ist:

Gezackte Näthe sind an der cerebralen Fläche weniger gezackt als an der äusseren.

Durch Circulationsstörungen herbeigeführte Synostosen sind an der inneren Fläche weniger ausgesprochen als an der äusseren.

Zum Beweise der Existenz des interstitiellen Wachsthumes wurden mit einer feinen Stahlspitze Marken in die Schädel junger Thiere gemacht. Die Stellung dieser Marken zu einander und zu den Näthen wurde genau gemessen. Nach bestimmten Zeiten wurden die Thiere getödtet und wiederum die Lage der Marken genau ermittelt. Diese Versuche ergaben :

1. Dass das Randwachsthum in der Kindheit am ausgiebigsten von Statten geht.

2. Dass es stärker an der Kranznath, schwächer an der Pfeilnath, am schwächsten an der Stirnnath ist.

3. Dass das Randwachsthum an der Stirnnath nach der 4. Woche auf ein Minimum sich reduzirt.

II. Abschnitt. Wachsthumsvorgänge, die durch Einwirkungen von Aussen bestimmt werden.

Von den Einwirkungen von Aussen kommen am meisten in Betracht: Gehirn, Sinnesorgane, Muskeln und Zähne.

Folgende Versuche beweisen die gegenseitige Abhängigkeit des Hirn- und Schädelwachsthumes. Zunächst sollen die Resultate der Angriffe auf das Hirn angeführt werden.

Dass vermehrtes Wachsthum des Schädelinhaltes auch den Schädel selbst vergrössern kann, beweisen die Beobachtungen über Hydrocephalus beim Menschen. Analoges sah v. G. in einem Fall von Encephalitis bei einem Kaninchen.

Wenn man bei einem jungen Kaninchen ein Nasenloch zur Verwachsung bringt, so setzt man den zugehörigen Riechnerven ausser Thätigkeit und zwingt den anderen zu vermehrter Thätigkeit. Der von Luft und ihrem Durchgang abgesperrte Geruchsnerv verkümmert sammt seinem (intracraniell gelegenen) *Bulbus*; Nerv und Centrum der offengehaltenen Seite dagegen entwickeln sich kräftiger. Ueber dem atrophirten *Bulbus olfactorius* verdickt sich die Schädelwand, über dem hypertrophischen verdünnt sie sich.

Beraubt man ein neugebornes Kaninchen der Möglichkeit, sich seines Gesichtsinnes und Gehörsinnes zu bedienen, (durch Fortnahme der Augen und Verschliessung der äusseren Ohrgänge) und erhält es ausserdem durch Isolirung in einem engen Raume möglichst fern auch von anderen Sinneserregungen, so gelangt das Gesammthirn mit einziger Ausnahme der *Bulbi olfactorii*, nicht zur vollkommenen Entwicklung und bleibt in seiner Grösse etwas zurück. Dem entsprechend findet man beim erwachsenen Thiere über den *Bulbis olfactoriis* einen ausgedehnteren und verdünnten, über dem übrigen Gehirn einen in der Auswölbung etwas zurückgebliebenen und verdickten Schädel.

Die Vögel sind Gesichtsthiere und Fortnahme beider Augen ist für sie von der eingreifendsten Wirkung. Das Gehirn entwickelt sich mangelhaft und die Thiere werden blödsinnig. Dem entsprechend ist auch das Volum des Schädels kleiner als normal, die Dicke der Knochen des Daches aber bedeutender.

Es wurde bei Kaninchen 2—3 Tage nach der Geburt der obere Theil der linken Hemisphäre abgetragen und es gelang die Knochenwunde ohne Bildung einer Spalte zu heilen. Das zurückgebliebene Hirn wuchs in den leeren Raum hinein. Die von den Gruben der Schädelbasis eingeschlossenen unteren Hirntheile verursachten eine hochgradige Skoliose der Schädelbasis. Dem geringeren Widerstande entsprechend drang aber auch der Schädel nach Innen vor und auf der linken Seite, wo also ein Theil des Hirnes entfernt worden war, überbrückte sich der *Sulcus sphenoidalis* zu einem *Canalis sphenoidalis*. Die Schädelgewölbe aber lassen, abgesehen von einer sehr bedeutenden Abflachung der linken Seite keinerlei Abweichung ihrer Configuration von der Norm erkennen. Nichtsdestoweniger hat sich das Hirn auch an seiner Convexität in hohem Grade verschoben, aber während es an der Basis die entgegenstehenden Wände der Schädelgruben vor sich her gedrängt, glitt es am Gewölbe dem geringen Widerstande nach, einfach auf die linke Seite hinüber, sich selbst accomodirend, ohne die Form der Knochen zu alteriren.

Statt nur des oberen Theiles kann man eine ganze Hemisphäre des grossen Hirnes wegnehmen. Die Thiere entwickeln sich, ohne dass man irgend welche Störung in der Bewegung, in den verschiedenen Sinnesthätigkeiten oder in ihrem psychischen Gebahren zu entdecken im Stande ist. Tödtet man sie nach 4—8 Wochen, so bekommt man denselben Sektionsbefund, nur in erhöhtem Maasse, wie bei partieller Excision. Neu jedoch ist die Ansammlung grösserer Quantitäten Serum

dort, wo Gehirn und Schädel mit einander nicht in Berührung getreten sind und liegt in diesem Befunde, der Unzulänglichkeit der Accomodation, ein noch gewichtigeres Argument für die relative Selbstständigkeit sowohl des Gehirnwachsthumes, als des Schädelwachsthumes, als es schon in der Gegenseitigkeit der Accomodation gefunden werden musste.

Es sind nun anzuführen: Versuche, bei denen der Angriff auf den Schädel gemacht wurde, die aber ebenso wie die eben berichteten, bei denen der Angriff auf das Hirn gemacht wurde, beweisen, dass Hirnwachsthum und Schädelwachsthum in gegenseitiger Abhängigkeit zu einander stehen.

Eine Vermehrung der Druckwirkung des Schädels kann, wie schon angeführt, durch Carotidenunterbindung erreicht werden. Gehen längs einer Nath die Bildungselemente zu Grunde, wird mithin an dieser Stelle das Wachsthum mehr oder weniger beeinträchtigt und dadurch die Erweiterung des Schädels erschwert, und dem wachsenden Hirn nach dieser Richtung ein grösserer Widerstand als normal entgegengesetzt, so weicht das Gehirn aus und verursacht so Compensationserweiterungen. Auf diese Weise kann das Hirn sogar anscheinend grosse Veränderungen überwinden. Die Widerstände, die überwunden werden können, sind aber nicht so gross, dass man, wie es geschehen ist, die Obliteration der Näthe an Idiotenschädeln als primäre Ursache der Krankheit ansehen könnte.

Durch Anlegung von Spalten kann man den Schädeldruck vermindern.

Auf der Seite des Schädels, wo man eine Spalte angelegt hat ist die Wölbung eine — aber nur unbedeutend — stärkere. Es kommt aber nie vor, dass das Hirn durch die Spalte hindurch wuchert. Gehirn und Schädel sind von Anfang an auf einander eingerichtet; sie wachsen mit und durcheinander, tragen aber nichtsdestoweniger die Grundbedingungen ihrer Gestaltungen in sich selbst.

Auch andere Knochen zeigen ein selbstständiges Wachsthum. Neugebornen Kaninchen wnrde ein *Humerus* luxirt und auf diese Weise alle Muskeln des Oberarmes und der Schulter lahm gelegt. Nichtsdestoweniger entwickelte sich der Humerus so, dass seine Grundform vollkommen erhalten blieb.

Bei einem anderen Kaninchen wurde der *Plexus brachialis* durchschnitten und Stücke desselben excidirt. Dann wurden die Vorderarmknochen mit Erhaltung der Weichtheile entfernt. Obgleich das Füsschen nur noch durch einige Blutgefässe mit dem übrigen Organismus in Zusammenhang stand, so entwickelten sich die Fussknochen doch normal.

Einem dritten Kaninchen wurden unter Schonung der Haut und ihrer Gefässe und unter Schonung des Brachialplexus alle Weichtheile vom Unterschenkel entfernt. Ausser einer unbedeutenden Synostose zwischen Radius und Ulna entwickelten sich auch hier die Knochen normal.

Die Einwirkungen, welche Gehörs- und Geruchsorgan auf das Hirn- und Schädelwachsthum haben, wurden schon aufgeführt. Auch dem Auge kommt ein solcher Einfluss zu. Blendet man ein neugebornes Kaninchen einseitig, dadurch dass man ihm das vordere Drittel des Bulbus abträgt und den Bulbusinhalt entleert, so bleibt die betreffende Orbita im Wachsthum zurück. Die hierdurch auftretende Verengerung

beeinflusst aber auch die hinter und vor der Orbita gelegenen Schädeltheile, die gegen die Orbita zu sich verschieben.

Folgende Versuche wurden gemacht, um den Einfluss der Muskulatur auf das Knochenwachsthum zu zeigen. Trennt man den siebten und achten Halsnerven, so sind damit hauptsächlich die Extensoren ausser Thätigkeit gesetzt und das operirte Vorderbein legt sich in totaler Flexion und Adduktion an den vorderen Theil des Thorax. Durchschneidet man den fünften und sechsten Halsnerven, so streckt sich das ganze Vorderbein und legt sich horizontal an die Seite vom hinteren Theil des Thorax. In beiden Fällen bleibt die Scapula im Wachsthum zurück, im ersten Falle wird der *Processus hamatus scapulae* nach vorne, im zweiten nach hinten gezogen.

Reisst man bei einem jungen Thier den *Nervus facialis* zum *Canalis Fallopiae* heraus, so bildet sich am ganzen Schädel eine Skoliose aus, so dass die operirte Seite auf die hohle Seite der Krümmung zu liegen kommt.

Ueber die Ursache der Unterschenkelgeschwüre.

Von Dr. P. Weissgerber.*)

Die Unterschenkelgeschwüre heilen sehr schwer, wenn sie wie Geschwüre an anderen Körperstellen behandelt werden und haben, so lange die Umgebung noch nicht hart, callös geworden ist, grosse Neigung zur Vergrösserung.

Als Hauptursache dieser Eigenthümlichkeiten wird im Allgemeinen die Ausdehnung der Venen angesehen und Thurm hat ausführlich im Sinne der Cohnheim'schen Entzündungstheorie die Vorgänge geschildert, durch welche in Folge der Gefässerweiterung die Verschwärung zu Stande kommen soll.**)

Ich habe mehrere Jahre lang mich damit beschäftigt, aus den Beobachtungen, welche ich bei entzündlichen Erkrankungen machen konnte, über einzelne Vorgänge der Entzündung Aufschluss zu gewinnen und bin dadurch in Bezug auf die Unterschenkelgeschwüre zu dem Resultate gekommen, dass die Venenerweiterung in gar keinem oder nur geringem ursächlichen Zusammenhang mit denselben steht.

Geringe Ausdehnung der Venen kann zunächst nur Verlangsamung der Blutströmung in dem erweiterten Gefäss selbst zur Folge haben. Die Zirkulation in den Kapillargefässen kann dadurch nicht alterirt werden und es lässt sich überhaupt nicht einsehen, wie geringe Grade von Venenerweiterung zu Ernährungsstörung oder Entzündung der Schenkelhaut führen sollen.

Höhere Grade von Venenausdehnung können dagegen nicht ohne Einfluss auf die Zirkulation in den kleinsten Gefässen (Kapillaren) bleiben. Bei starker Ausdehnung sind die Venenklappen insuffizient, auf dem Kapillarsystem lastet bei aufrechter Stellung der Druck der ganzen in der erweiterten Vene enthaltenen Blutsäule und der Widerstand für die Blutbewegung kann erheblich vermehrt werden.

Vermehrung des Widerstandes hat zunächst Verlangsamung der Blutbewegung zur Folge. Ein Theil dieser Verlangsamung wird dadurch ausgeglichen, dass das arterielle Blut, weil es in der Richtung der Schwere sich bewegt, mit grösserer Kraft in das Kapillarsystem hinein-

*) Aus der „*Wiener Med. Presse.*"

**) Schmidt's Jahrb. Bd. 172, pag. 62.

getrieben wird. Geringe Verlangsamung des Blutstromes kann aber keine Ernährungsstörung bewirken und nicht zur Entzündung führen. (Vergl. Samuel, Virchow's *Archiv*, Band 40, pag. 213.)

Durch Vermehrung des Widerstandes für die Bewegung des venösen Blutes wird auch der Druck in den kleinsten Gefässen erhöht. Wie Thierversuche lehren, wird dadurch wohl Steigerung der Lymphabsonderung und Transsudation bedingt, aber keine Entzündung und Verschwärung hervorgerufen.

Hienach bleibt es unverständlich, wie durch Ausdehnung der Schenkelvenen Entzündung und Verschwärung eintreten soll.

Thurm hat zur Stütze seiner Ansicht über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Varikosität der Venen und Schenkelgeschwüren darauf aufmerksam gemacht, dass auch an anderen Körperstellen neben ausgedehnten Venen Geschwüre beobachtet werden. Abgesehen davon, dass an diesen Stellen, wie z. B. am After, die Geschwüre unabhängig von der Veränderung der Venen entstehen können, gibt es auch Venenausdehnungen, die nicht von Ulzerationen begleitet sind. Bei stärkster Erweiterung der Venen des *Plexus pampiniformis* wird Verschwärung des Hodens nicht beobachtet. Auch hat man Gelegenheit, sehr starke *Varices* zu beobachten, neben welchen jahrelang die Haut gesund geblieben ist. Ueberdies gibt es *Ulcera cruris*, die von vollständig normalen Venen umgeben sind. Für diese Fälle muss selbstverständlich nach einer anderen Ursache gesucht werden.

Für das Verständniss der Eigenthümlichkeiten der Unterschenkelgeschwüre gibt uns die Erfahrung, welche über die Behandlung derselben vorliegt, sehr wesentliche Anhaltspunkte. Es ist schon lange bekannt, dass Fussgeschwüre, die lange jeder medikamentösen Behandlung widerstanden, bei Anwendung desselben Mittels heilen, wenn der Patient die aufrechte Stellung meidet und die Extremität dauernd in horizontaler Lage erhält.

Da nicht wohl angenommen werden kann, dass neue Vorgänge in einem Schenkel auftreten, wenn er dauernd in horizontaler Lage gehalten wird, nachdem er früher nur zeitweise in dieser Lage sich befand, so ist es wohl gerechtfertigt, die Ursache für die Eigenthümlichkeit der *Ulcera cruris* in den Vorgängen zu sehen, welche bei aufrechter Stellung eintreten können und durch horizontale Lage ausgeschlossen werden.

Bei aufrechter Stellung ist der Zufluss des arteriellen Blutes erleichtert, der Abfluss des venösen Blutes, auch wenn keine Venenausdehnung besteht, erschwert und es kann die Absonderung der Lymphe gesteigert sein. Die Venen füllen sich stärker und können durch Druck auf benachbarte Lymphgefässe den Lymphstrom hemmen. In gleicher Weise, wie der Abfluss des venösen Blutes, muss auch der Abfluss der Lymphe gehindert werden, weil sie ebenfalls der Schwere entgegen sich bewegen muss.

Dadurch wird der Druck in dem Lymphgefässsystem gesteigert, die Wandungen der Lymphspalten können sich ausdehnen und die Lymphe, resp. der Gewebsast, kann sich stauen. In höherem Grade wird dies der Fall sein, wenn die Lymphgefässstämme selbst schon ausgedehnt sind und ihre Klappen nicht schliessen. Im Bereich des Geschwürs werden sich die Lymphspalten am stärksten ausdehnen, weil über dem lockeren Granulationsgewebe keine Haut ausgespannt ist, die an anderen Stellen der Ausdehnung gewisse Schranken setzt. Dass in der That der Lymphabfluss bei aufrechter Stellung in dieser Weise alterirt

werden kann, dafür spricht die Beobachtung, dass Unterschenkel mit Geschwüren Abends, wenn der Patient am Tage viel herumgegangen ist, sich teigig anfühlen. Neben der teigigen Beschaffenheit lässt sich nicht — was die, welche das Hauptgewicht auf die Störung der Blutzirkulation legen — erwarten müssen, Stauungshyperämie nachweisen, sondern Ansammlung von Gewebssaft, und es scheint, als ob die Kapillargefässe durch den stärkeren Druck in den Lymphspalten verhindert worden wären, sich auszudehnen.

Die soeben geschilderten Vorgänge können nicht eintreten, wenn die Extremität in horizontaler Lage erhalten wird, weil in dieser Lage die Lymph- und Blutbewegnng von der Schwere beeinflusst wird.

Wir haben so eine ganze Zahl von Vorgängen, welche als die Ursache der Eigenthümlichkeit der Unterschenkelgeschwüre angesehen werden können. Von diesen lässt sich ein grosser Theil ausschliessen, wenn wir die durch die Therapie festgestellte Thatsache zu Hilfe nehmen, dass die Geschwüre ebenso gut wie bei horizontaler Lage heilen, wenn der Schenkel in der Gegend des Geschwürs mit Heftpflaster so umwickelt wird, dass der Verband den Geschwürsrand nach unten und oben etwas überragt.

Durch diesen Verband wird nicht die stärkere Zufuhr von arteriellem Blute und auch nicht die Erschwerung des Abflusses des venösen Blutes und der Lymphe mit seinen verschiedenen Folgen verhütet, sondern der Verband verhütet nur die Ausdehnung der Lymphspalten und die Stauung der Lymphe, resp. des Gewebssaftes.

Hienach muss als Ursache der Eigenthümlichkeit der Unterschenkelgeschwüre die Ausdehnung der Lymphspalten und die Stauung der Lymphe betrachtet werden.

Die Art und Weise, wie dadurch die Heilung erschwert und Entzündung und Verschwärung bewirkt werden, kann man sich verschieden darstellen.

Vielleicht wird durch die Lymphstauung sekundär die Veränderung der Gefässe hervorgerufen, welche von Cohnheim als die primäre Ursache der Entzündung supponirt wird. Es könnte auch die gestaute Lymphe Eigenschaften annehmen, durch welche die von ihr bespülten Zellen zur Wucherung angeregt werden. Nach Beobachtungen, die ich bei anderen entzündlichen Zuständen gemacht habe, scheint es mir wahrscheinlich, dass in den ausgedehnten Lymphräumen Lymphkörperchen und molekuläre unlösliche Bestandtheile des Gewebssaftes sich anhäufen und später, wenn bei horizontaler Lage die gestaute Lymphe rasch abfliesst, an einer Stelle, wo die Lymphbahn sich verengt, abgelagert werden und zu theilweisem oder gänzlichem Verschluss der Bahn Anlass geben.

Hat vollständiger Verschluss stattgefunden, so kann bei weiterer Transsudation aus den Gefässen der wässerige Inhalt desselben durch die Wandung hindurchtreten, während die eiweisshaltigen Bestandtheile zurückbleiben und nach und nach aus dem Transsudat ein Exsudat werden.

Die von der Smith & Shaw Electric Co., 435 7. Ave., New York erzeugte "Closed Cell" Taschen-Batterie kann allen Praktikern aufs Beste empfohlen werden. Auf Verlangen versendet die Firma eine ganze Anzahl von Zeugnissen, darunter viele von anerkannten Autoritäten.

REFERATE.

Pathologie, Therapie und Medizinische Klinik.

Welche Bedeutung können wir der in neuerer Zeit mehrfach genannten Weir Mitchell-Playfair'schen Kur beilegen? Von Prof. E. Leyden (*Deutsche med. Wochenschrift* 1886. No. 14.)

Die Weir Mitchell'sche Kur ist eine Behandlungsmethode, welche den Zweck hat, das Körpergewicht zu vermehren, eine veritable *Feeding-Cure*, Mastkur. Sie hat ihr Ziel auf gewisse Krankheitszustände des Nervensystems gerichtet, welche als schwere Form der Hysterie und Neurasthenie oder auch mit dem sehr passenden Namen der Erschöpfungsneurosen bezeichnet werden, und setzt sich zusammen aus einer Reihe von Heilpotenzen, deren erste die Absonderung des Kranken aus seiner bisherigen Umgebung ist; die zweite ist Ruhe, resp. Bettlage, die dritte Anordnung der Massage, die vierte Elektricität, die fünfte eine gewisse streng gehandhabte Diät; hieran schliesst sich noch die Anordnung einiger Medicamente. Letztere ist aber von entschieden untergeordneter Bedeutung.

Leyden führt aus dem Buche von Weir Mitchell die einzelnen Punkte der Behandlung vor. Mitchell meint, dass Fett und Blut in der Ernahrung ziemlich parallel gehen, und dass in der Mehrzahl der Fälle die Zunahme des Korpergewichtes, welche wesentlich eine Zunahme an Fett ist, mit der Vermehrung des Blutes einhergehe. Bei Rekonvalescenten sieht man, in dem Maasse, wie sie sich besser ernähren, auch eine bessere Farbe auftreten. So erkennt der Arzt bei seinen Patienten, wenn sie mager werden, dass sie krank sind, umgekehrt wenn ihr Körpergewicht zunimmt, und ihr Aussehen ein gutes ist, dass sie sich wohl befinden. Fortschreitende Abmagerung ist ein ernstes Symptom und erfordert eine sorgsame ärztliche Behandlung, für welche der Autor fördernde Beiträge durch seine Kurmethode zu geben gedenkt.

Zur Kur eignen sich in der Mehrzahl nervöse weibliche Personen zwischen 20 und 30 Jahren, welche theils durch Gemüthsbewegungen, z. B. durch lange Krankenpflege, Verlust von Angehörigen, durch Unglück in der Familie oder durch vorangehende länger dauernde Krankheiten, Uterinleiden und deren Behandlung heruntergekommen und geschwächt sind. Sie sind mager, blass, elend, leiden an dauernder Dyspepsie, können nichts leisten. Alles ermüdet sie, sie sind schliesslich kaum im Stande, sich zu regen, ihr Aufenthalt wechselt zwischen Bett und Sopha, sie mögen nichts essen, nichts thun. Auch bei Männern finden sich ähnliche Zustände, aber das weibliche Geschlecht ist derartigen Zuständen mehr ausgesetzt, doch keineswegs allein. Ausgeschlossen von der Behandlung sind alle organischen Erkrankungen, wenngleich beginnende Erkrankungen sich wohl für eine ähnliche Behandlungsmethode eignen mögen.

1. In erster Linie steht die Absonderung der Kranken. In der Mehrzahl der Fälle ist es nothwendig, dass die Patienten von ihrer Familie getrennt werden, da ja in der Regel in den Verhältnissen ihrer Umgebung ein wesentlicher Grund für die Dauer und die Intensität der Erkrankung liegt. Ein sehr wichtiger Punkt, auf welchen alle Autoren (in erster Linie der ursprüngliche Erfinder der Kur) sehr grosses Gewicht legen, ist die Sorge für eine geeignete Pflegerin.

2. Der zweite Punkt ist die Ruhe (Bettruhe) der Patienten. Die Kur beginnt mit der Bettlage; erst allmälig werden die Patienten aus derselben entlassen und erst gegen Ende der Kur gehen sie aus, bewegen sich frei. Im Allgemeinen will Weir Mitchell die Patienten 6 Wochen bis 2 Monate im Bette liegen lassen; 4 bis 5 Wochen dürfen sie gar nicht aufsitzen, nicht lesen, schreiben, kurz die Hände nicht gebrauchen. In schweren Fällen müssen sie sogar von der Wärterin gefüttert werden. Der Fortschritt zu der selbstständigen Bewegung geschieht sehr allmälig. Zuerst lässt M. die Patienten im Bett aufsitzen, dann allein essen, dann erst einige Zeit ausserhalb des Bettes zubringen; eine Woche später dürfen die Patienten täglich zweimal 15 Minuten aufstehen; in der 6. bis 12. Woche bleiben sie 3—5 Stunden ausserhalb des Bettes. Auch wenn sie bereits ausgehen, lässt er sie meist noch täglich 2—3 Stunden liegen.

3. Das dritte Moment ist Massage. Dieselbe wird ebenso wie die Elektricität angewandt, um die nachtheiligen Folgen einer zu langen Ruhe abzuwenden; gleichzeitig hat dieselbe augenscheinlich auch den Effekt, eine gewisse Abwechslung in die Kur hineinzubringen. Die Massage ist von der gewöhnlich zur Beseitigung lokaler Leiden angewandten Methode sehr verschieden. Sie soll dazu dienen, das Nervensystem im Ganzen anzuregen, gleichsam als ein Tonicum wirken. Die Vorschriften für dieselbe sind folgende:

„Nach einigen Tagen Milchdiät, mit welcher die Kur anfängt, beginnt der Masseur oder die Masseuse ihre Thätigkeit. In der Zeit zwischen zwei Mahlzeiten, während Patient im Bett liegt, beginnt die Manipulation an den Füssen, indem sie die Haut milde, aber fest angreift, leicht zwischen den Fingern rollt und in solcher Weise vorsichtig auf den ganzen Fuss übergeht. Dann werden die Zehen nach jeder Richtung hin bewegt, mit Daumen und Zeigefinger die kleinen Muskel des Fusses geknetet, und die *Interossei* zwischen den Knochen mit den Fingerspitzen bearbeitet. Dann werden die Gesammtgebilde des Fusses mit beiden Händen ergriffen und fest darüber hingerollt. Nun behandelt man die Knöchel in gleicher Weise, indem man alle Furchen zwischen den Knochen der Gelenke aufsucht und knetet, während das Gelenk selbst in jeder möglichen Richtung bewegt wird. Dieselbe Procedur wird nun mit den andern Körpertheilen ausgeführt; besondere Aufmerksamkeit ist auf die Muskulatur des Rückens und der Lenden zu verwenden, während das Gesicht der Regel nach nicht berührt wird. Das Abdomen wird zuerst mit Kneipen der Haut und dann mit tieferen Griffen und Rollen der Muskelbäuche behandelt, schliesslich die ganze Bauchwand mit der Handfläche in schnellen tiefen Bewegungen geknetet; schliesslich werden die gesammten Eingeweide—durch die Stellung erschlafft—durch eine schnelle Bewegung der zugreifenden Hand erschüttert u. s. w. Dieses Verfahren soll auch im Anfange nicht schmerzhaft, höchstens ermüdend und unangenehm sein. Nach der Massage ist es wichtig, die bearbeiteten Theile mit Strümpfen oder warmen Tüchern zu bedecken. Man beginnt mit ½ Stunde und steigt innerhalb einer Woche auf eine ganze Stunde." Im weiteren Verlaufe der Kur wird die Massage mit passiven Bewegungen verbunden (nach Art der schwedischen Heil-Gymnastik), um das Aufstehen vorzubereiten. Schliesslich, je mehr die Patienten aufstehen, tritt die Massage zurück und wird nach 7 Wochen gänzlich unterlassen.

4. Die Anwendung der Elektricität hat den gleichen Zweck, die Muskeln in Aktion zu bringen, und die schädlichen Folgen der ein-

förmigen Ruhe abzuhalten. Weir Mitchell empfiehlt die Anwendung des faradischen Stromes und lässt kräftige Zuckungen durch denselben erzeugen. Es wird fast die ganze Körpermuskulatur durchgegangen und zu Kontraktionen angereizt.

5. Der nächste Punkt ist die diätetische Behandlung, woran sich noch die Anwendung einiger therapeutischer Mittel anschliesst. Der Autor wendet gelegentlich Abführmittel an, die bei der dauernden Bettlage zuweilen erforderlich sind, bei Anämischen ferner Eisenpräparate. Viele der Patienten sind an Schlafmittel, Chloral, Morphium etc. gewöhnt. Diese Mittel werden allmälig entzogen, und ist es eine der ersten Aufgaben der Kur, die Patienten davon zu entwöhnen. Nur im Anfang werden eben, soweit es nöthig ist, geringe Dosen gegeben.

Von grosser Wichtigkeit ist nun aber die Diät, welche nach einem sehr streng vorgeschriebenen Schema geregelt wird. Zu Beginn der Kur erhält der Patient Milch als ausschliessliches Nahrungsmittel und zwar in bestimmter Zeit bestimmte Quantitäten (alle 2 Stunden 40 Unzen). Bei Abneigung gegen Milch wird etwas Kaffee oder Thee oder Salz hinzugethan, oder man beginnt die Milchkur in der Weise, dass man dem Patienten die Milch zunächst zu der Kost gibt, an die er gewöhnt ist, ihm allmälig diese Kost entzieht und mehrere Dosen Milch nehmen lässt. Mit den Quantitäten der Milch schreitet die Kur sehr schnell vor, und in günstigen Fällen gelingt es bereits nach wenigen Tagen soweit fortzuschreiten, dass 2 bis 3 Liter genommen werden. Dann werden zwischen der Milch feste Mahlzeiten eingeschoben. Nach zehn Tagen ist man gewöhnlich schon in der Lage, drei volle Mahlzeiten zu erlauben neben 3—4 Liter Milch. Nach abermals zehn Tagen fügt der Autor dann noch einige Unzen Malzextract oder *Beef-tea* hinzu.

Die Vortheile der Weir Mitchell'schen Kurmethode bestehen darin, die Patienten aus einem ungeregelten Leben, wahrscheinlich endlosem Mediciniren, von schädlichem Mitgefühl und übereifriger Pflege umgeben, in eine Atmosphäre der Ruhe, der Ordnung, der Aufsicht kommen, um die systematische Pflege einer tüchtigen Wärterin, bei einfacher, zweckmässig geregelter Kost. Binswanger und Burkardt legen auf das Verhalten der Psyche Gewicht, welches besondere Beachtung verdient.

Eine statistische Studie als Beitrag zur Aetiologie der Lungenschwindsucht. Von Dr. H. Schnyder in Luzern.

Die aus Schnyder's Studie sich ergebenden Thesen lauten, wie folgt:

I. Die Bevölkerung der städtisch-industriellen Kreise ist der Gefahr, an Lungenschwindsucht zu erkranken, in bedeutend höherem Grade ausgesetzt, als die Ackerbau treibenden Landbewohner.

II. Je schwächlicher im übrigen die Bevölkerung eines Bezirkes, namentlich je unentwickelter dessen männliche Jugend im 20. Altersjahre noch ist, desto grösser ist überhaupt auch die Schwindsuchtssterblichkeit in dem betreffenden Bezirke.

III. Es erkranken und sterben mehr Männer als Frauen an Lungenschwindsucht.

IV. Das weibliche Geschlecht ist auf dem Lande verhältnissmässig mehr gefährdet schwindsüchtig zu werden, als in der Stadt; aber die

höchste Schwindsuchtssterblichkeit der Frauen fällt in der Stadt auf die jüngeren, auf dem Lande erst auf die späteren Altersklassen.

V. Nach den Berufsarten sind es nicht die Aerzte und die mit der Krankenpflege beschäftigten Personen, welche am häufigsten an Lungenschwindsucht erkranken, sondern Metzger, Wurster, Wirthe und Küfer, sowie Schlosser und Steinmetze. Die mit der Weinflasche öfter in Berührung kommenden Gewerbsleute sterben in jüngeren Jahren an Phthise, die in Staubgewerben thätigen dagegen erst im vorgerückten Alter.

VI. Die hauptsächlichste Prädisposition, phthisisch zu erkranken, liegt aber in dem Vorhandensein erblicher Anlage. Die Heredität beherrscht weitaus die Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht.

VII. Erbliche Belastung findet sich häufiger beim weiblichen, als beim männlichen Geschlechte, während an erworbener Phthise verhältnissmässig mehr Männer als Frauen erkranken.

VIII. Unsere endemische Lungenschwindsucht ist keine Infektionskrankheit im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Die Ansteckungsgefahr, wenn vorhanden, ist eine sehr geringe.

IX. Die Lehre, welche dem Tuberkelbacillus als hauptsächlichstes ätiologisches Moment oder eigentlich pathogenes Agens für die Genese unserer endemischen Lungenschwindsucht darstellt, entspricht nicht den thatsächlichen Vorkommnissen im Auftreten dieser Volkskrankheit.

X. Dem von Koch entdeckten ubiquitären Bacillus kommt in der gemeinen chronischen Lungenschwindsucht anfänglich nur die Bedeutung einer zufälligen Begleiterscheinung zu. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, dass, wenn er von seinen Kolonien aus in den Kreislauf gelangt, der Tuberkelbacillus alsdann zur Ursache oder zum Träger einer miliartuberkulösen Infection werden kann.

Dr. E. Hertzka, Carlsbad i. B.

Pharmakologie und Toxikologie.

Dr. G. Waring. — Ptychotis s. Carum Ajovan, *Le Progrès*, (Genf) Feb. 20. 1886,

Eine in Indien wachsende Umbellifere, welche die stimulirende Wirkung des Capsicum resp. Sinapis, die bittere der Chirata und die antispasmodische der Asafoetida vereinigen soll; der Same derselben wird gegenwärtig zur Bereitung von Thymol, dem von Thiersch zuerst empfohlenen *Antisepticum*, das zugleich ein starkes *Stimulans* sein soll, verwendet. Ausserdem soll es das Bedürfniss nach alkoholischen Getränken vollständig unterdrücken und wäre diese Eigenschaft nach W. genügend, um Versuche in dieser Hinsicht zu rechtfertigen.

Dr. Jos. Lafage. — Morrhuol, der wirksame Bestandtheil des Leberthranes. — *Le Progrès*, Febr. 20. 1886.

Diese zuerst von Chapoteau dargestellte Substanz ist sehr bitter und sehr aromatisch, krystallisirt theilweise bei gewöhnlicher Temperatur und enthält etwa das zehn- bis zwölffache der wirksamen Elemente im Leberthrane : Brom, Jod und Phosphor. Dieselben sind so innig verbunden, dass C. bis jetzt noch nicht im Stande war, sie zu trennen.

Fünf Tropfen entsprechen einer Drachme (4,0 g.) Leberthran und wird diese Quantität (in Kapseln) als tägliche Dosis Kindern unter 6 Jahren gegeben. Für je zwei Altersjahre mehr giebt man eine Kapsel

mehr; Erwachsenen acht Kapseln, d. h. 40 Tropfen Morrhuol. Die Verdauung wird nach Lafage absolut nicht beeinträchtigt und ist das Präparat in allen Fällen von Rachitis, Skrofulosis etc. empfehlenswerth, bei denen Verdauung oder Geschmacksempfindlichkeit die Darreichung des Leberthranes unmöglich machen.

Dr. M. Reihlen. — Ueber Antipyrin. — *Deutsch Arch. f. klin. Medicin;* 38. Band, 6. Heft, S. 534.

Die Arbeit R.'s beschäftigt sich mit der Analyse von 89 Fällen, meist Abdominaltyphus (29), kroupöse Pneumonie (16), Erysipelas (11) und Rheumatismus (19) und wurde Antipyrin nur dann gegeben, wenn „eine zeitweilige Unterbrechung excessiver und allzu lang anhaltender hoher Temperaturen erstrebt werden sollte."

Bei Pneumonie, Erysipelas und Typhus gab R. in drei stündlichen Dosen 2g, 2g und 1g; oder in zweien 3g und 2g. Die grössten Dosen welche gegeben wurden waren 3+2+2.

Phthisiker erhielten 2+1 oder 2+2+1.

Der Abfall der Temperatur ist anfangs ein allmäliger, später rascher; nach etwa acht Stunden ist die grösste Wirkung erreicht und findet je nach der Krankheit, dem Alter, der Konstitution der Anstieg schneller oder langsamer statt. Die Tuberkulose setzt eine geringe Widerstandsfädigkeit und darf eine unverhältnissmässig schnelle und ausgiebige Antipyrinwirkung den Verdacht auf latente Tuberkulose wachrufen.

Die Schweisssekretion ist nach Dauer und Menge sehr verschieden, von einer Stunde bis zu sechs und von der geringsten Andeutung bis zu der profusesten Transpiration. (In einem Falle Müller's wurde sie auf 5,25 g. veranschlagt.)

Der Puls wird im Allgemeinen günstig beeinflusst; die Wandspannung, sowie der Blutdruck nehmen zu. Kollaps beobachtete R. nur in 2 Fällen; zweimal Herzklopfen. Ersteres bei Tuberkulösen, letzteres bei Anämischen.

Wenn die Darreichung des Antipyrin Ekel erregte, wurde es in starker Lösung in einem Klysma gegeben; subkutane Injektionen verursachen heftige entzündliche Reaktion an den Einstichstellen.

Auf das Allgemeinbefinden hat Antipyrin wenig oder gar keinen Einfluss trotz Liebermeister's Ausspruch, dass „die Steigerung der Körpertemperatur nicht nur das pathognomonische Symptom des Fiebers, sondern auch die nähere und ausreichende Ursache der meisten anderen dem Fieber eigenthümlichen oder für dasselbe charakteristischen Symptome ist."

„Das Antipyrin hat auf die Krankheit gar keinen Einfluss; der Verlauf derselben wurde in keinem einzigen Falle abgekürzt," ist das Urtheil Reihlen's über das Wesen der Antipyrin-Wirkung. Der Werth des Mittels liegt in der Reduktion der Temperatur allein, indem sie, wie Müller nachgewiesen hat, die Folgen der Ueberhitzung des Blutes: Gesteigerten Eiweisszerfall und Fettdegeneration der Organe- durch Verhinderung jener reduzirt. Bei gleicher Nahrungsaufnahme wurde die tägliche Stickstoffausscheidung im Urin vom 19 g.—23 g. auf 11 g.—17 g. durch Antipyrin herabgesetzt. „Die durchschnittliche Minderausscheidung von 5,9 g. für den Antipyrintag entspricht nach Müller einer Ersparniss von 176 g. Muskelfleisch."

Durch gleichzeitige Versuche mit Chinin, Kairin, Salicyl und kalten und lauwarmen Bädern war R. im Stande Vergleiche zwischen den Wirkungen dieser Antipyretica und dem Antipyrin anzustellen. Er giebt nun unbedingt dem Letzteren den Vorzug, wegen seiner prompten und andauernden Wirkung und dem fast vollständigen Mangel an unangenehmen Nebenwirkungen. Nur in gewissen Typhusfällen können Chinin und Bäder das Allgemeinbefinden günstiger beeinflussen, als es ein blosses Fiebermittel könnte.

Dr. G. von Hösslein.—Dr. Michaelis' Eichelcacao und seine Anwendung in der Kinderpraxis. — *Münchener Med. Wochenschr.*, No. 14., 1886.

Verf. probirte auf Veranlassung der Redaktion der *M. M. W.* den Eichel-Cacao von Dr. Michaelis (bestehend aus entöltem Cacaopulver, den in Wasser lösslichen Bestandtheilen gerösteter Eicheln, etwas Zucker und geröstetem Mehl), nachdem derselbe auf Liebreich's Veranlassung in Senator's Poliklinik — vorzugsweise bei chronischen Durchfällen der Kinder — mit recht günstigem Erfolge angewendet worden war.

Die von v. H. in Dr. von Hauner's Kinderspital angestellten Versuche erstreckten sich auf 13 Kinder unter 6 Jahren—zwei Drittel (20) waren im Alter von 1 Monat bis 1 Jahr. Letztere erhielten nur Eichel-Cacao, die älteren (10) nebenbei etwas Schleimsuppe.

Selbst bei den Kindern, die schon längere Zeit vorher erfolglos wegen des Durchfalles behandelt worden waren, trat schon in den ersten Tagen nach Darreichung des Eichel-Cacao ein Nachlass der Diarrhöen ein, und in kurzer Zeit nahmen die zersetzten und verfärbten Exkremente wieder normale Beschaffenheit an; die Kinder erholten sich fast sämmtlich rasch, der Appetit steigerte sich bei allen und es zeigten dieselben schon nach 8 bis 10 Tagen einen besseren Ernährungszustand. Wägungen konnten wegen der grossen Menge des poliklinischen Materials leider nicht vorgenommen werden.

Anschliessend an diese Mittheilungen aus der Kinderpraxis erwähnt Verf. dass Dr. Michaelis's Eichel-Cacao mit Milch gekocht die seit Monaten bestehenden Diarrhöen eines Phthisikers wesentlich verminderte, zeitweise sogar ganz aufhob, weitere Versuche in dieser Richtung dürften gewiss empfehlenswerth sein.

(Möglicherweise ist diese adstringirende Wirkung auf die mit organischen Basen verbundene Gerbsäure zurückzuführen. Ref.)

Dr. W. T. Cheatham.—Interesting Cases of Opium Poisoning.—Atropine as an Antidote.—Artificial Respiration and its Utility etc.—*North Carolina Med. Journal*; July 1886, p. 21.

In diesem interessanten Vortrage, welchen C. vor der *North Carolina State Medical Society* am 20. Mai 1886 (in New-Bern) gehalten, berichtet derselbe sechs Fälle von Opium resp. Morphium-Vergiftung aus seiner Praxis.

Eine ausführliche Rekapitulation der letzteren würde zu weit führen; es genüge die folgende Uebersicht:

I. 28-*jährige Frau;* 50 Tropfen Opiumtinktur und 2½ Gran (0,25 g.) Morphiumsulfat: Nach einer Stunde schwacher, unzählbarer Puls und

drei flache Athemzüge in der Minute. Nach Injektion von $\frac{1}{3^{0}}$ Gran (0,0025 g.) und dann $\frac{1}{6^{0}}$ Gran (0,001 g.) Atropinsulfat, zwar Mydriasis, aber keine Aenderung. Nach einer Stunde künstliche Athmung. Nach einer weiteren Stunde fünf tiefe Athemzüge p. M. Erst nach neun Stunden fortgesetzter künstlicher Athmung, Zucken der Augenlider, nach 11 Stunden Bewusstsein; Genesung.

II. 70-*jährige Frau;* $\frac{1}{2}$ Gran (0,03 g.) Morphiumsulfat und 2 Unzen (60 g.) Opiumtinktur: Nach sechs Stunden vier stertoröse Athemzüge p. M. Injektionen von $\frac{1}{3^{0}}$ Gran (0,002 g.) Atropinsulfat; Mydriasis, sonst keine Wirkung. Dann—30 Minuten nach der ersten Atropin-Injektion—Einspritzung von $1\frac{1}{2}$ Gran (0,09 g) Strychninsulfat; nach weiteren 40 Minuten dieselbe Quantität. Bald traten Zuckungen auf, doch änderten sich Puls und Respiration nicht, sie hörten auf. Künstliche Athmung (12—14 mal p. M.) vier Stunden lang; dann erst wieder spontane Athembewegungen. Nach 17 Stunden bei Bewusstsein, Genesung.

III. *Junger Mann,—Alkoholiker:* im Rausche nach Chloral und Bromkali $\frac{1}{3}$ Gran (0,02 g.) Morphiumsulfat. Nach einer Stunde drei flache Athemzüge p. M. Injektion von $\frac{1}{6^{0}}$ Gran (0,001 g.) Atropinsulfat; Mydriasis keine Besserung. Auch nicht nach Faradisation. Künstliche Athmung fünf Stunden lang; Genesung.

IV. 13-*monatl. Kind;* ziemlich grosse Quantität Opiumtinktur; nach acht Stunden vier flache Athemzüge p. M. Künstliche Athmung (16—18 mal p. M.). Nach 40 Minuten zwölf Respirationen p. M. Nach $10\frac{1}{2}$ Stunden bei Bewusstsein; Genesung.

V. *Aelterer Mann—Alkoholiker:* im Rausche mindestens 2 Gran (0,12 g.) Morphiumsulfat. Nach einigen Stunden drei stertoröse Athemzüge p. M. Künstliche Athmung (14 - 16 Mal p. M.). Nach 38 Minuten erste spontane Inspiration. Nach 1 St. 40 Min. fünf Athemzüge p. M. etc. Nach 9 Stunden bei Bewusstsein; Genesung.

VI. 8*jähr. Knabe.*; $\frac{1}{8}$ Gran (0,0075 g.) Morphiumsulfat subkutan. Nach $2\frac{1}{2}$ Stunden vier Athemzüge p. M, bald nachher 12 p. M. Künstliche Athmung (16—18 Mal p. M.). Da es sich hierbei um eine Komplikation (Basilarmeningitis in Folge von *Otitis media suppurativa*) handelte, so wurde die künstliche Athmung nach 11 St. 40 Min. nicht weiter fortgesetzt; denn, trotzdem das Herz ziemlich kräftig weiter schlug, war keine spontane Inspiration zu beobachten. (Die erweiterten Pupillen lassen den Fall überhaupt als einen von Gehirnkompression erscheinen. Ref.) Tod.

In seiner Epikrise weist C. darauf hin, dass er bei Behandlung des ersten Falles noch an die Wirkung des Atropin's als die eines Antidotes gegen Opiate geglaubt habe. Doch hat er seine Ansicht in dieser Beziehung bald geändert und erklärt, dass die Fälle II. und III. ohne die konsequente Anwendung der künstlichen Athmung sicher zu Grunde gegangen wären trotz des angewendeten Atropin's. Im Falle IV. wurde nur künstliche Athmung angewendet und dadurch das Kind, wenn nicht vom Tode, so doch aus einem lebensgefährlichen Zustande errettet, der sehr leicht hätte zum Tode führen können. Im Fall V. (kein Atropin, aber Strychnin) blieb die spontane Respiration 37 Minuten aus, so dass nur die künstliche Athmung die Wiederbelebung ermöglichte. Fall VI. führt C. nur desshalb ausführlich an, um die Thatsache eindringlich zu machen, dass einzig und allein die Implikation des Respirations-Centrums in der *Medulla oblongata* dafür verant-

wortlich war, dass keine spontane Inspiration eintrat. Das Herz schlug 11 Stunden und 40 Minuten kräftig weiter — so lange ihm durch die künstliche Athmung genügende Mengen sauerstoffhaltigen Blutes zugeführt wurden.

C. giebt dann eine kurze Uebersicht über die Maximaldose, welche für Opiumvergiftung von den verschiedensten Autoren angegeben wird und zeigt das Widerspruchsvolle in den Aussprüchen derselben. Alle glauben, dass die Mydriasis ein Zeichen der vollen physiologischen Wirkung sei, eine Ansicht, die C. auf Grund der berichteten Erfahrungen bekämpft. Er legte namentlich Gewicht auf die von Bartholow ausgesprochene Warnung, durch zu grosse Atropindosen nicht etwa eine Atropin-Narkose zu erzeugen. Nach seiner Ansicht ist der Zeitpunkt, wo die herzlähmende Wirkung des Atropin eintritt ein verhältnissmässig früher, namentlich desshalb weil dieses Mittel durch Unterdrückung sämmtlicher Sekretionen eine Anhäufung der Auswurfstoffe im Körper mit sich bringt. Diese wirkt gegen die ursprüngliche Stimulation von Herzbewegung und Athmung und beschleunigt dadurch den Eintritt jenes Zeitpunktes. Sie mag auch die Ursache der Halluzinationen und des Deliriums sein, welche bei einfacher Atropinvergiftung eintreten.

Aus allen diesen Erörterungen zieht C. den Schluss, dass die Anwendung von Atropin bei Opiumvergiftung als unsicher, ja als direkt gefährlich, aufgegeben werden müsse.

An Stelle desselben hat stets die künstliche Athmung zu treten, da Faradisation und Strychnin ebenfalls unzuverlässig sind. Die drohende Kohlensäurevergiftung wird durch dieselbe ebenfalls beseitigt und Nervensystem, sowie Herz in dieser Beziehung entlastet. Auch die venöse Kongestion wird durch die künstliche Athmung wenigstens theilweise behoben, indem die Herzthätigkeit angeregt wird, da das Blut aus dem rechten Herzen leichter in die Lungenkapillaren eintreten kann, um dort seine Kohlensäure und andere Auswurfstoffe abzugeben und Sauerstoff dafür einzutauschen.

Namentlich dem Geburtshelfer ist der Werth der künstlichen Athmung bei einigermassen leidlicher Herzthätigkeit sehr wohl bekannt; aber selbst nachdem das Herz des Neugeborenen fünf Minuten lang nicht geschlagen hat, kann nach den Erfahrungen von Josat und Bouchut die Asphyxie behoben und das Kind wieder zum Leben gebracht werden. Im Anschlusse hieran berichtet C. einen Fall von vorgefallener Nabelschnur, in dem es ihm gelang, das Kind wieder zu beleben trotzdem von dem Zeitpunkte, wo die Pulsationen in der Nabelschnur aufhörten, bis zur Geburt mehr wie 30 Minuten verstrichen waren. Nach 3½ Minuten fing das Herz schwach zu schlagen an und nach 40 Minuten trat die erste spontane Inspirationsbewegung ein. Er erinnert an einen ähnlichen Fall — den einzigen dieser Art, der berichtet worden — in welchem Dr. J. Foster Jenkins das Kind wiederbelebte, nachdem die Nabelschnur 25 Minuten vor der Geburt nicht pulsirte und weitere 30 Minuten (im Ganzen 55 Minuten) verflossen, ehe künstliche Athmung begonnen wurde. Etwa zwei Stunden nachher war des Kindes Leben gesichert.

Zum Schluss sei noch kurz die Methode skizzirt, welche C. in diesen Fällen anwandte:

Der Arzt setzt sich auf den Rand des Bettes und der Patient wird in halb aufrechter Stellung so gegen die linke Seite des Arztes gelehnt,

dass ihn derselbe bequem in den Achselhöhlen unterfassen kann. Der Kopf hängt etwas nach vorn und rechts (vom Arzt), so dass die Zunge vorfällt und den freien Durchgang der Luft ermöglicht. Dann werden die Schultern kräftig nach Oben, Aussen und Vorn gehoben und eine kurze Zeit lang (während der man etwa langsam bis Drei zählen kann) in dieser Stellung erhalten. Dann lässt man die Schultern langsam in ihre frühere Stellung herabsinken, während zugleich ein mässiger, stetiger Druck auf beide Seiten des Thorax ausgeübt wird, um die Exspiration zu unterstützen. Bei dieser die accessorischen sowohl, wie die normalen Respirationsmuskeln in ihrer Thätigkeit nachahmenden Prozedur hörte man, wie C. versichert, die Luft sogar auf eine Entfernung von mehreren Fuss, deutlich aus- und einströmen.

Dr. J. W. Frankl.—On Peptones.—*N. Y. Med. Record*, December 1883.

F. hat die Sarco-Peptones (Rudisch's) in den verschiedensten Krankheiten, welche Verdauungsstösungen oder Resorptionsschwäche mit sich bringen probirt und zwar stets mit dem besten Erfolge. In Typhus, chronischer und akuter Pneumonie, Ikterus, Rheumatismus, Erbrechen der Schwangeren, Magenkatarrh, Magenkrebs und anämischen Zuständen überhaupt haben ihm die Sarco-Peptones gute Dienste geleistet. Er veröffentlicht daselbst einen Brief von Dr. A. Jacobi, in welchem derselbe sich ebenfalls sehr günstig über Sarco-Peptones (Rudisch's) ausspricht und erklärt, dass er sie desshalb vorziehe, weil sie stets gleich gut bleibende Präparate seien, die von den Patienten stets gern genommen würden.

(Unsere eigenen Erfahrungen mit den Sarco-Peptones bestätigen die vorstehend berichteten Erfahrungen vollständig. Ref.)

Dr. Paul F. Munde.—The Value of Antipyrine in Puerperal Fever.—*N. Y. Med. Journal*; Oct. 9., 1886, p. 395.

Im Gegensatz zu den meisten deutschländischen Geburtshelfern—welche die Anwendung von Antipyrin desshalb bei Puerperalfieber für entbehrlich halten, weil es eben nur vorübergehend antipyretisch, nicht dauernd heilend wirkt—wendet Munde dasselbe in allen solchen Fällen an und ist sehr zufrieden mit der prompten Wirkung des Mittels. Denn es übertrifft in Bezug auf Antipyrese Chinin, Aconit und selbst die Anwendung der Kälte in jeglicher Form, wenn auch—namentlich bei heftigen lokalen Erscheinungen—die Letztere (in der Form des *Ice-Coil* auf dem Abdomen)—gleichzeitig mit der Darreichung des Antipyrins angewendet werden sollte.

In einer Beziehung jedoch weicht M. von den Regeln ab, welche von deutschen Autoren, namentlich Reihlen (s. oben) für die Dosirung des Mittels aufgestellt worden sind. Er hält stündliche Dosen von 20—30 Gran (1,6 g—2 g) bis 60 oder 90 Gran (4 g—6 g) gegeben worden sind, für äusserst riskant. Nach seiner Erfahrung tritt bei Puerperalfieber sehr leicht Kollaps nach grösseren Dosen (2 g) ein. Deshalb giebt er eine Anfangsdosis von 10—20 Gran (0,6 g—1,3 g), dann halbstündlich 5 Gran (0,3 g) bis weitere 20 Gran (1,3 g) genommen worden sind. Diese Dosis—also im Ganzen 30—40 Gran (2 g—2,75 g) in 2½ Stunden—braucht selten öfters als zweimal in 24 Stunden angswendet zu werden. Nur in einem Falle hat M. 60—90 Gran (4 g—6 g) täglich mehr als 14 Tage lang gegeben.

In 19 Fällen von puerperaler Septicaemie und 9 Fällen von puerperaler Peritonitis, welche M. während der letzten zwei Jahre in Konsultation gesehen hat, gingen nur 3 Fälle zu Grunde—gewiss ein sehr befriedigendes Resultat.

Dr. J. Riedinger (Erlangen).—Ueber Thallin als Antipyreticum. Nach seiner Dissertation.—*Münchener Med. Wochenschr.*, No. 39, 1886.

An 21 Fieberfällen auf Prof. Penzoldt's medizinischer Klinik probirte R. das *Thallinum tartaricum*, einen zur Chinolinreihe gehörigen Körper in Dosen von 1—2 Gran (0,05 g—0,1 g), ja 3 Gran (0,2 g) bei halbstündlicher, 5—8 Gran (0,3 g—0,5 g) bei stündlicher Darreichung.

Die letztere Dosis empfiehlt R. nach 2—3 Stunden decigrammweise (je 2 Gran) zu reduziren, da es dann möglich ist, die auf die Normale reduzirte Temperatur auf derselben zu erhalten.

Das *Thallinum tartaricum* ist zwar ein energisches Antipyreticum, doch ist es kein Spezifikum und steht dem Antipyrin bedeutend nach. In Typhusfällen vor dem Auftreten der *Roseola typhosa*—um Verwechslung mit Antipyrin-Exanthem zu vermeiden—und beim wirklichen Eintreten des Letzteren ist Thallin indizirt. Es verursacht dann und wann Schweiss und Frost, und bei Phthisikern dem Kollaps ähnliche Zustände doch ohne Abschwächung des Pulses. Eine andere Wirkung ist die olivengrüne bis grünschwarze Färbung des Urins.

Die stündliche Dosirung und Messung machen die Anwendung schwer durchführbar.

Dr. A. Cahn und Dr. P. Hepp. (Strassburg.)—Das Antifebrin, ein neues Fiebermittel.—*Centralblatt f. Klinische Medizin*; No. 33, 1886.

Das Antifebrin, ein indifferenter Körper (Acetanilid), welcher dem Anilin chemisch nahe steht, wurde in 24 Fieberfällen auf Prof. Kussmauls medizinischer Klinik angewendet. Da das Mittel in kaltem Wasser fast gar nicht, in heissem nur wenig löslich ist, so muss es entweder in Oblaten oder als Schüttelmixtur oder in Wein gelöst gegeben werden.

Die Dosis war 4—15 Gran (0,25 g—1 g); doch wurde in keinem Falle in 24 Stunden mehr als 30 Gran (2 g) gereicht.

Nach Behauptung der Verf. sollen 4 Gran (0,25 g) Antifebrin in der Wirkung gleich 15 Gran (1 g) Antipyrin sein und soll es auch bei Rheumatismus ebenso wie das Letztere wirksam sein. Eine bei einigen Kranken an Gesicht und Extremitäten bemerkbare Cyanose, die verschiedenen Grad erreichte, und mit der Apyrexie sich einstellte, verschwand gewöhnlich, ohne dass Frost eintrat.

Jerome Kidder's elektrische Apparate.

Ich gebrauche eine Batterie, welche Dr. Jerome Kidder vor 16 Jahren für mich und Dr. Heed angefertigt hat, und welche trotz beständigen Gebrauches noch immer vollkommen zuverlässig ist. Diesen Apparat nennt er "The Physicians Visiting Machine." In Fällen, wo es unbequem wäre, eine so grosse Batterie mit sich zu führen, gebrauche ich J. Kidder's "Pocket Induction Apparatus." Letzterer ist sehr bequem und sein Strom genügt für alle Fälle.

W. T. Baird: "Electricity in Obstetrics."
(*American Journal of Obstetrics*, July, 1885.)

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK,

erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei*, wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Die allgemeine Poliklinik in Wien.

Nicht genug, dass fast das ganze offizielle und offiziöse medizinische Wien die Polikliniker als „gar nit schöne Streber" verächtlich über die Achsel ansieht, ja seitdem diese Uebermüthigen sogar ein eigenes Hospital einrichten wollen, schon gar nicht mehr ansieht; nicht genug, dass man über ihre unreglementmässige „Ernennung" zu Professoren hohnlächelt, jetzt hat man auch noch einen anderen höchst diplomatischen Schachzug angewendet, um der armen Poliklinik den Wind aus den Segeln zu nehmen. Zwei der tüchtigsten und weitest bekannten Polikliniker sind nämlich zu „regulären" Professoren ernannt worden — natürlich aber nicht etwa an der Wiener Universität. Bandl geht nach Prag und Wœlfler nach Gratz. So gross die Ehre auch ist, so gross ist auch der Verlust, und es ist immerhin fraglich, ob diese Lücken wirklich so bald mit auch nur annähernd so verdienstvollen Männern ausgefüllt werden können. Jedenfalls nimmt sich der ganze, in letzter Zeit in einen ziemlich heftigen Federkrieg umgeschlagene Kampf zwischen Universitätlern und Poliklinikern von unserer Seite des Ozeans gesehen nicht sehr schön aus. Die Motive einer solchen Verfehmung und Verketzerung einer, von wissenschaftlich gebildeten und zum Theil recht tüchtigen Aerzten geleiteten Anstalt, wie die *Allgemeine Poliklinik in Wien*, mögen ja ursprünglich ganz wohlgemeinte gewesen sein; die Anstalt war eben eine selbstständige Gründung von Männern, die in ihrer Hoffnung, an der Universität und an den bereits bestehenden Anstalten Stellungen zu erhalten, sich getäuscht sahen und deshalb die Poliklinik einrichteten als „eine Ergänzung der medizinisch-chirurgischen Heil- und Lehranstalten, der Krankenhäuser und Kliniken Wien's".*) Dass dabei auf die wissenschaftliche Qualifikation vielleicht nicht so genau gesehen wurde, wie dies von Seiten der staatlich autorisirten Universitäts-Fakultät ge-

*) Die Poliklinik und die Kämpfe gegen dieselbe; Wien, G. Gistel & Co. 1886 §. 5. (Anonym !)

schieht; dass manch' Einer der Reklame mehr Zugeständnisse machte, als es im Interesse des ärztlichen Standes wünschenswerth ist — obgleich man in der Beziehung nach hiesigen Begriffen drüben so wie so viel zu duldsam ist — das ist auch recht gut denkbar. Dass man aber jetzt, nachdem die Poliklinik beinahe fünfzehn Jahre existirt, nachdem weit über 350,000 Kranke dort behandelt und das Institut von mehr als 3500 Aerzten aus der ganzen Welt Studiren's halber frequentirt worden ist, [1]) dass man jetzt, sagen wir, die nach und nach fast entschlummerte Agitation gegen die Poliklinik wiederaufnimmt und dem ganz natürlichen und selbstverständlichen Bestreben der Polikliniker, in Verbindung mit der Anstalt ein Hospital zu errichten, in der heftigsten Weise durch die tägliche oder doch nicht-medizinische Presse [2]) entgegentritt, das geht doch wohl etwas zu weit. Unparteiische müssen dann auf den Gedanken kommen, dass die Konkurrenz, welche die Polikliniker den Universitätslehrern unzweifelhaft machen, doch am Ende damit mehr zu thun hat, als die oben angeführten Motive.

Wir mögen ja dem anonymen Verfasser der „Studie" in dem „Deutsch-liberalen Montagsblatte" Unrecht thun, aber, wie gesagt, es sieht ganz so aus.

Näher in die unerquicklichen Details der Angriffe einzugehen verbietet uns nicht nur der Raum, sondern auch der gute Geschmack; sie sind „holt eb'n nit schön". Wer einigermassen amerikanisirt, d. h. in hiesige Verhältnisse eingelebt ist, wo es den Aerzten vollständig frei steht, Lehranstalten, Polikliniken und Hospitäler zu gründen, auf einen Freibrief *(Charter)* vom Staate hin—der sehr leicht zu erhalten ist—wenn sie die nöthigen Mittel zu beschaffen im Stande sind, der wird sich darüber, dass die Wiener Poliklinik „eine unberufene Nebenschule der Universität und das poliklinische Spital ein Ding der praktischen (soll wohl heissen faktischen) Unmöglichkeit" [3]) sein soll, zu trösten wissen.

„*Fair play*" ist unser Motto!

Die *Münchener Med. Wochenschr.* nennt die Behauptung ihrer Kollegin, der *Berliner Klinischen*, dass „die Engherzigkeit partikularistischer Selbstgefälligkeit, das Kind der Unkenntniss" seit 58 Jahren das Zustandekommen der Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher in Berlin vereitelt habe, ein frostiges Willkommen! Dennoch will sie die Festfreude dadurch nicht gestört wissen.

---

[1]) l. c.

[2]) Die Poliklinik; eine Studie. Separatabdruck aus der *Montags-Revue*; Wien 1886; im Selbstverlage der *M. R.* (Ebenfalls anonym!)

[3]) l. c. S. 28.

Antipyrin, Thallin und Antifebrin.

An anderer Stelle*) finden unsere Leser ziemlich eingehende Referate über die drei neuen Fiebermittel. Das Kairin, welches der Chinolinreihe—ebenso wie Chinolin, Antipyrin, Thallin und Chinin selbst—angehört, wurde wegen seiner gefährlichen Nebenerscheinungen niemals eingeführt, während Antipyrin sich bald die allgemeine Gunst erwarb und sie thatsächlich heute noch besitzt. An Sicherheit der antipyretischen Wirkung und Seltenheit unangenehmer Nebenwirkungen steht es bis jetzt vollständig unerreicht da. Weder Chinin, noch irgend eines der anderen den Phenolen angehörigen Präparate – Karbolsäure, Hydrochinon, Resorcin und selbst Salicylsäure — können mit dem Antipyrin einen Vergleich aushalten.

Dasselbe gilt für das Thallin, von welchem Dr. Riedinger selbst sagt, dass Thallin in Fällen, wo eine medikamentöse Antipyrese überhaupt indizirt ist, im Allgemeinen viel weniger geeignet ist, als Antipyrin.

Nun kommt als neuester Konkurrent das Antifebrin, bereit, dem Antipyrin den Rang streitig zu machen. Es wird voraussichtlich einen harten Kampf geben, da wohl selten ein Medikament sich so rasch die Gunst der Medizin ererrungen hat, selbst Salicylsäure nicht ausgenommen. Nach der einzigen bis jetzt über diesen chemisch vollständig von allen andern Antipyreticis verschiedenen Körper veröffentlichten Arbeit sind jedenfalls Versuche mit demselben angezeigt. Die Majorität der Mediziner ist ziemlich konservativ und nicht so schnell geneigt, das Mittel, welches sich ihnen bewährt hat, für ein anderes einzutauschen, über dessen Wirkung noch viel zu wenig bekannt ist.

Salol.

Das von Prof. Nencky aus der Salicylsäure dargestellte Salol wird von demselben an Stelle des salicylsauren Natrons empfohlen, wenn das Letztere seine öfters zu beobachtende ungünstige Wirkung auf die Magenschleimhaut in zu starkem Maasse äussert. Meist kann man allerdings nach unserer Erfahrung durch gleichzeitige Darreichung eines Opiates in mässiger Dosis diese Wirkung sehr abschwächen; doch gelingt dies nicht immer.

Es ist ein weisses, geschmackloses Pulver, hat einen schwach aromatischen Geruch und löst sich fast gar nicht in Wasser. Seiner chemischen Zusammensetzung nach ist es Salicylsäure, in welcher ein Atom Wasserstoff durch Phenol vertreten ist. Durch die Pankreaswirkung wird es in diese beiden Componenten zerlegt (wie N. durch Versuche fesstellte) und werden beide durch den Urin ausgeschieden. Dies ist auch vermuthlich der Grund, warum es den Magen nicht angreift, weil eben diese Ausschaltung der Salicylsäure erst im Duodenum vor sich geht.

*) S. S. 205, 209 und 210.

Obgleich nun Salol 38 proc. Phenol enthält, so dass der Urin sich nach grösseren Gaben ganz dunkel färbt, so verursacht es doch keine toxischen Erscheinungen, weil die Karbolsäure nach N. im Organismus an andere Stoffe gebunden ist. (Dasselbe ist bei der äusserlichen Anwendung derselben bekanntlich auch der Fall, wenn man sie mit Oelen, speziell Leinöl mischt).

Dieser bedeutende Karbolgehalt des Salol soll dasselbe auch zur äusserlichen Anwendung namentlich auf Schleimhäuten sehr geeignet machen. Levachoff emfiehlt es ferner in allen katarrhalischen und ulzerativen Prozessen der Darmschleimhaut, der Blase etc.

Die tägliche Maximaldosis des Salol ist eine Drachme (4,0 g.) und soll die Wirkung eine äusserst prompte sein, sowohl bei Rheumatismus, Gicht etc., als wie bei Diabetes, welch' letztere Krankheit ja sowohl mit Karbol wie mit Salicyl erfolgreich behandelt worden ist.

Als Antipyreticum wird es gleichfalls empfohlen und hat N. auf der Berner Klinik beobachtet, dass es bei Phthisikern die Temperatur um 4° C. (7° F.) herabsetzte; doch soll man bei diesen Kranken vorsichtig sein und mit kleinen Dosen, etwa acht Gran (0,5 g.) anfangen, um die Toleranz des Individuum's festzustellen.

Der 59. Naturforscher- und Aerzte-Tag zu Berlin

wurde am 18. September durch eine Rede Virchow's eröffnet, in welcher er den Gang der naturwissentlichen Forschung seit Gründung des Vereins deutscher Naturforscher und Aerzte im Jahre 1828 in glänzender Weise entwickelte.

Der Besuch war ein äusserst zahlreicher und ist es bemerkenswerth, dass namentlich die österreichischen Mediziner zahlreich vertreten und in den Sektionen durch Erwählung zu Vorsitzenden besonders ausgezeichnet wurden.

Am Abende des ersten Tages fand ein Festmahl statt, dessen streng disziplinarische „Instruction für die Tischordnung" mit befohlenem Glockenläuten, Tellerwechsel, lautem resp. frenetischem Beifall sehr komisch wirkt.

Diese strikt nach dem Programme— mit frenetischem Beifall, Musik, Gesang, etc. — ausgeführten Prüfung der Gaumensegelfunktionen folgte am andern Morgen eine Segelregatta auf dem schönen Müggel-See, während welcher die Theilnehmer angeblich beinahe verhungerten und — verdursteten.

Dann erst ging es an die Arbeit, welcher vieles Gute und Neue brachte. Davon ein andermal mehr.

Der Vortrag, welchen Dr. W. T Cheatham vor der *North Carolina State Medical Society* gehalten hat und von welchem auf S. 206 ein ziemlich ausführlicher Auszug zu finden ist, verdient Aufmerksamkeit und Beachtung.

Die Warnung, welche derselbe enthält, bei Opium- resp. Morphium-Vergiftungen von grossen Gaben Atropin Abstand zu nehmen und frühzeitig zur künstlichen Athmung zu schreiten, ist sehr beherzigenswerth. Die von Dr. Cheatham berichteten Fälle unterstützen seine Schlussfolgerungen in eklatanter Weise und dürfte letzteren mit der Zeit eine nicht geringe forensische Bedeutung zukommen.

Wir können nicht umhin, auf die in dieser Nummer enthaltenen Originalarbeiten hinzuweisen, welche einerseits nicht nur den Verfassern, sondern auch der N. Y. Medizinischen Presse Ehre machen. Die Hoffnung, die wir in der ersten Nummer ausspracheu, hat sich als keine trügerische erwiesen. Wir sind gekommen, um zu bleiben, und wir können nicht umhin, allen Kollegen, die uns durch Rath und That, durch Beiträge und anderweitig unterstützt haben, unseren aufrichtigen Dank zu sagen.

Das Logen- und Vereins-Hospital

wurde am 10. d. M. unter entsprechenden Feierlichkeiten eröffnet.

Richter C. J. Nehrbas hielt die Eröffnungsrede. Selbstverständlich waren zahlreiche Gesellschaften durch Delegationen vertreten; auch das *Deutsche Hospital* durch den Präsidenten seines Verwaltungsrathes, Hrn. Kilian.

Das Hospitalgebäude ist ein dreieinhalbstöckiges Gebäude mit Basement. In letzterem befindet sich das Bureau, sowie die Küche und Waschküche. Im ersten Stock ist die für 18 Betten berechnete Männer-Abtheilung, in welcher jetzt 12 Betten stehen, im zweiten Stock die chirurchische Abtheilung mit 4 Betten (für 6 berechnet), sowie das Operationszimmer, Badezimmer und Wohnung des Hausarztes, im dritten Stock die Frauenabtheilung mit 7 Betten (für 10 bestimmt), sowie ein Zimmer für specielle Verpflegung und Wohnung der Verwalterin. Die Wohnräume für das Dienstpersonal und die zur Krankenpflege engagirten Diakonissinnen befinden sich in dem obersten Stockwerk. Im Keller soll eine Todtenkammer eingerichtet werden.

Der ärztliche Stab besteht aus den Herren Doktoren C. Beck, H. J. Boldt, F. W. Busche, C. E. Denhard, J. Glaser, W. Guden, H. Hackeling, S. Kohn, M. Landesberg, F. Mathews, R. Mollenhauer, J. Morvay-Rottenberg, George W. Rachel, C. A. von Ramdohr, J. Schmitt, E. C. Spitzka, E. Tiegel, L. Weiss, und Dr. Emil Neumer als Oberarzt und Superintendent. Heute stehen bereits 13 Patienten in Behandlung.

Mixtura Guajaci et Stillingiae Comp.

Die Firma Griffith & Co., Chemiker und Apotheker 146 2. Ave. und 2241 3. Ave., New York, verdient Anerkennung für die Art und Weise, in der sie Aerzte, welche die von der Firma erzeugte Mixtura Guajaci und Stillingiæ comp. verwenden, vor Reiteraturen schützt. Das Mittel wird von vielen Seiten gegen Rheumatismus empfohlen und wir selbst haben eine grosse Anzahl von Briefen gesehen, in denen sich hervorragende Kollegen sehr lobend darüber aussprachen. Bei Fällen von hartnäckigem Rheumatismus wird es sich lohnen, einen Versuch zu machen.

Bücherschau.

Dr. E. Lesser (Leipzig). — Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Studirende und Aerzte. Zweiter Theil. Geschlechts-Krankheiten; (pp. 307) Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1886.

Ausser einer Einleitung, — welche die Entwicklung der Lehre von den Geschlechts-Krankheiten bespricht—hat dies Lehrbuch drei Abschnitte, deren erster die Gonorrhöe, der zweite den weichen Schanker und seine Komplikationen, und der Dritte die Syphilis behandelt; ausserdem sind dem Buche 68 Rezeptformeln beigefügt, welche gegen die im Buche abgehandelten Krankheiten zumeist gebraucht werden.

Das Werk enthält nicht nur alles Nöthige, was über den Tripper, den weichen und harten Schanker gesagt werden kann, sondern Verf. widmet einigen Sachen, z. B. der Geschichte der Entwicklung einzelner Krankheiten, der Theorie einiger neueren Autoren, der Prophylaxe der Syphilis ziemlich viel Raum, vielleicht mehr, als in einem Lehrbuch erforderlich, was nicht gerade wünschenswerth ist; denn der Studirende vermisst gerne die vielen Theorien und der praktische Arzt sucht in einem Lehrbuche gewiss mehr nach Winken in Bezug auf die Behandlung.

Trotzdem ist das Werk eine Bereicherung der medizinischen Literatur, da der Verf. aus seiner grossen Erfahrung so manches Neue mittheilt, sowohl in Bezug auf Krankengeschichten, als wie in Bezug auf Behandlungsmethoden. Namentlich sind der Abschnitt über die vielgestaltigen und oft so hartnäckigen *Sequelae* der Gonorrhöe und die höchst rationellen Rathschläge und Winke in Bezug auf Diagnose und Behandlung derselben von nicht geringem Werthe und dem Studirenden, wie dem jungen Arzte ein vortrefflicher Leitfaden. Das Buch ist interessant und fesselnd geschrieben; die Ausstattung ist eine durchaus angemessene, die vielen in den Text gedruckten Holzschnitte erleichtern das Verständniss, so dass dieses Lehrbuch, welches sich durchaus auf dem fortgeschrittendsten Standpunkte derjenigen Disziplin befindet, welche es behandelt, Aerzten und Studirenden bestens empfohlen werden kann. J. M. R.

F. Buerkner. — Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells, (14 Tafeln) — G. Fischer, Jena, 1886.

Verf. hat mit diesem schönen Werke, um eine oft gemissbrauchte, in diesem Falle aber thatsächlich zutreffende Redensart zu gebrauchen, einem längst gefühlten Bedürfnisse abgeholfen. Die 14 Tafeln enthalten 84 Figuren in ausgezeichneter chromolithographischer Darstellung und repräsentiren alle möglichen krankhaften Veränderungen des Trommelfells. Die Zeichnungen sind sämmtlich nach dem Leben und —mit einer Ausnahme—alle bei diffusem Tageslicht skizzirt, kurze aber klare Notizen sind jeder Figur beigegeben. Auf die Reichhaltigkeit dieser wahren Fundgrube für den Otiatriker einzugehen, verbietet der Raum; nur sei beispielsweise erwähnt, dass vier Figuren traumatische Perforationen (durch Kuss, Ohrfeige, Stricknadel, Sturz ins Wasser) darstellen, und dass die Perforationen und Narbenbildungen bei *Otitis media* durch 29 Figuren erläutert werden. Ein Inhaltsverzeichniss und Sachregister erleichtern wesentlich die Uebersicht, und kann das Werk zu didaktischen Zwecken sowohl als zum Selbstunterricht bestens empfohlen werden. Dr. J. W. Gleitsmann.

A. Hommel. — Die Traguspresse, ein neues einfaches Ohrenheilverfahren.—A. Müller, Zürich 1886

Die vorliegende Broschüre ist ein mit Zusätzen versehener Abdruck eines im Archiv für Ohrenheilkunde (Band XXIII, Heft 1.) erschienenen Artikels desselben Verfassers. Nach einigen einleitenden nichts Neues bietenden Bemerkungen über die verschiedenen Formen der Ohrkatarrhe und die Ursachen der daraus resultirenden Schwerhörigkeit kommt Verf. auf sein eigentliches Thema: Die mechanische Behandlung des Trommelfells und der Gehörknöchelchen zu sprechen. Er spricht sich gegen die Lucae'sche federnde Drucksonde, gegen den abwechselnd eine Verdünnung und Verdichtung von Luft im Mittelohr erzielenden Ballon von Bing, sowie gegen die Luftdouche und das Politzer'sche Verfahren aus, das seiner Ansicht nach weder den physiologischen Verhältnissen Genüge leistet, noch gefahrlos ist, da es ein Abhebeln des Hammers vom Amboss gestattet. Durch Anpressen des Tragus hingegen mit unmittelbar folgendem Loslassen desselben wird einerseits eine Verdichtung, andrerseits eine mässige Verdünnung der Luft im Gehörgange geschaffen und durch das schnelle öfters wiederholte Hin- und Herbewegen des Trommelfells Geschmeidigkeit der Gelenke der Gehörknöchelchen erzielt. Die Traguspresse regt nach Verf. auch die Lymphgefässe der Mittelohrschleimhaut zu kräftiger Thätigkeit an und ist nach ihm indizirt bei allen akuten und chronischen Beweglichkeitsstörungen des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, insbesondere beim akuten und chronischen einfachen Ohrkatarrh und im Endstadium des eitrigen Ohrkatarrhs: der Perforation des Trommelfells, auch als Prophylaktikum gegen die bei älteren Leuten sich einstellende Schwerhörigkeit. Er empfiehlt 4 bis 6maligen täglichen Gebrauch im Rythmus von 120 bis 150 per Minute 1 bis 1½ Minuten lang.

Vier Krankengeschichten—darunter seine eigene—mit 7 Kurventafeln weisen sehr günstige Resultate auf, und dürfte die Methode einer eingehenden Prüfung seitens der Kollegen gewiss werth erscheinen.

J. W. G.

Paul Struebing.—Die Laryngitis haemorrhagica. — Bergmann, Wiesbaden 1886.

Verfasser, der die betreffende Erkrankung als eine durch bestimmte Momente wohlgekennzeichnete Varietät betrachtet, versteht darunter einen mit Schleimhauthämorrhagien einhergehenden Katarrh, schliesst aber im Gegensatze zu den meisten Autoren sowohl Blutungen an die freie Oberfläche, als auch in das submuköse Gewebe darin ein.

Ein von ihm beobachteter Fall, dem zwei gute kolorirte Zeichnungen beigegeben sind, zeigt die bei schwereren Fällen gewöhnliche Dyspnöe mit folgender Erleichterung nach Expektoration der Blutgerinnsel. Im Höhestadium bedeckten Blutkrusten die Stimmbänder in ihrer ganzen Länge, und war nach Expektoration im vorderen Drittel beiderseits ein kleiner schwarzbrauner Punkt zu sehen (Stelle der Blutung?). Die Erkrankung dauerte 12 Tage.

Die beigegebene Literatur beschränkt sich auf europäische Arbeiten, und ist die amerikanische, welche mehrere sehr charakteristische Fälle enthält (s. des Ref. Artikel im *American Journal of Medical Sciences*, April 1885) vollständig unberücksichtigt geblieben. Das in allen kleineren Publikationen und auch den besten Handbüchern falsche Citat von Pfeifer's Fall in der *Zeitschrift für rationelle Medizin* (Neue Folge Band III —anstatt Band IV—1845) ist auch hier irrig angeführt. J. W. G.

Berger und Tyrman.— Die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbein-Labyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorgans.—Bergman, Wiesbaden 1886, pp. 110.

Die Schrift enthält mehr als ihr Titel sagt, und giebt ein Bild der verschiedenartigen Symptome der Erkrankungen der betreffenden Räume. Sie zerfällt in drei Theile: die Einleitung, welche Anatomie und Physiologie behandelt, ein kurzes Kapitel über Missbildungen und Varietäten, und das dritte grösste über Nosologie, welche die entzündlichen Erscheinungen, Geschwülste, Verletzungen und Parasiten beschreibt.

Es ist unmöglich in einer kurzen Besprechung dem Inhalt gerecht zu werden und muss der sich dafür Interessirende das Original selbst nachlesen. Die Autoren haben auf Grund einer genauen Literaturkenntniss die Symptome, Diagnose und die bis jetzt eingeschlagene Therapie dieser seltenen und noch zu wenig gekannten Erkrankungen geschildert. So sind z. B. in zwei Tabellen die bis jetzt beobachteten Osteome des Siebbeines, und solche, welche von der Stirnhöhle in das Siebbeinlabyrinth vordringen (im Ganzen 25 Fälle) in ihren Symptomen und Verlauf geschildert. In den Schlussbemerkungen sind die Symptome der Entzündung der Schleimhaut, solche von Karies und Nekrose, von Tumoren und von Verletzungen des Keilbeins und Siebbeinlabyrinthes übersichtlich zusammengestellt Ein Autoren-Verzeichniss und sorgfältiges Sachregister erhöhen den Werth des empfehlenswerthen Werkes. J. W. G.

E. J. Moure.—Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité nasopharyngienne.—Paris, O. Doin, 1886; pp. 304.

Verf. giebt eine konzise, dabei erschöpfende und den Erfahrungen der Neuzeit gerecht werdende Darstellung des gesammten im Titel genannten Gebietes. Der Einleitung, welche der Anatomie und Physiologie der Theile und den Untersuchungsmethoden gewidmet ist, folgt die Pathologie, in welcher zunächst die katarrhalischen Formen der Nasenerkrankungen abgehandelt werden. Bei Besprechung der akuten Rhinitis sind sehr empfehlenswerthe Bemerkungen über infantile Coryza eingeschoben. Dieser folgt ein Kapitel über Heufieber und spricht sich Verf. zu Gunsten der Pollentheorie aus, ohne jedoch den Werth der gegentheiligen Ansichten zu verkennen. Wenn er jedoch sagt, dass Deutsche und Franzosen in Amerika vom Heufieber verschont bleiben, so widerspricht diesem die Erfahrung des Referenten. Es folgen die blennorrhöische, die einfache und hypertrophische chronische Erkrankung, sodann die atrophische Rhinitis und die Coryza, welche gewissen Berufsarten ihre Entstehung verdankt. Um bei dem vielem Guten nur kleinere Mängel zu erwähnen, ist unserer Ansicht gemäss dem *Spray* im Allgemeinen und bei der atrophischen Rhinitis insbesondere zu wenig Rechnung getragen. Syphilis, Tuberkulose, die Hauterkrankungen, Fremdkörper und Parasiten in der Nase schliessen den ersten Theil.

Der zweite Abschnitt handelt von den Tumoren der Nasenhöhle und sind dieselben in gutartige und bösartige eingetheilt. Dieselben sind völlzählig angeführt und ihre Erscheinungen und die neueren Behandlungsmethoden bündig mitgetheilt. In Uebereinstimmung mit den meisten Kollegen verwirft Moure zur Operation der sogenannten Schleimpolypen die Zange und empfiehlt die kalte oder galvanokausti-

sche Schlinge. Den Tumoren reihen sich Kapitel über Rhinosklerom, Skelettanomalien, Epistaxis, Sensibilitätsstörungen, und ein sehr objektiv gehaltenes über die neuerdings so vielfach besprochenen Reflexneurosen an. Von diesen Affektionen ist besonders die Epistaxis vorzüglich besprochen und deren Behandlung über 7 Seiten gewidmet, während solche der Septumdeviation wenig mehr als eine Seite Text einnimmt und mehrere gute Operationsmethoden unerwähnt geblieben sind.

Die Nasenrachenkrankheiten umfassen den Katarrh, dessen grössere Häufigkeit in Amerika gegen England Moure fälschlich der grösseren Feuchtigkeit der Luft zuschreibt, während dieselbe hier bekanntlich trockner ist, als in England, ferner die adenoiden Vegetationen, Polypen und Erkrankungen der *Bursa pharyngea*. Eine genaue Gebrauchsanweisung der von Moure sehr empfohlenen Weber'schen Douche schliessen das Buch, das, mit grosser Sorgfalt und Klarheit geschrieben, dem Praktiker sowohl als dem Spezialisten eine angenehme und lehrreiche Lektüre bietet. J. W. G.

Dr. K. B. Hofmann (Gratz) and Dr. R. Ultzmann (Wien). — Analysis of the Urine etc.; — Translated by T. Barton Brune, M. D. (Baltimore) and H. Holbrook Curtis, M. D. (New York). — Second Edition revised and enlarged; New York, D. Appleton & Co., 1886.

Dieses wohlbekannte im deutschen Original zuerst erschienene Büchlein macht seinem wohlverdienten Ruf auch in dieser zweiten amerikanischen Ausgabe alle Ehre. Es enthält alles Wissenswerthe für den Studenten und den praktischen Arzt, dessen derselbe zur diagnostischen Hülfe durch Harnuntersuchungen bedarf. Die Ausstattung ist eine vorzügliche ; die Reproduktion der acht Platten, welche normale und krankhafte Gebilde im Urin darstellen, eine ausgezeichnete.

G. W. R.

(Bei der Redaktion eingegangene Bücher und Pamphlete.)

Surgical Lesions of the Brain and its Envelopes, a Lecture delivered at the Coll. Phys. and Surg. Chicago by Nicholas Senn, M. D. — Reprint from *Medical News*, August 28, 1886.

The New York Society for the Prevention of Contagious Diseases (Announcement).

Die Behandlung des Trachoms durch Auspressen der Körner im Gegensatz zur Excision der Uebergangsfalten von Dr. F. C. Hotz (Chicago). — Separat-Abdruck aus Knapp and Schweigger's *Archiv für Augenheilkunde.*

Cardiac Neuroses in connection with Ovarian and Uterine Disease by H. J. Boldt. — Reprint from *Am. Journ. of Obstetrics* August 1886.

Trigger Finger (*Doigt à Ressort*) by Geo. W. Jacoby, M. D. — Reprint from *N. Y. Med. Journal*, June 19, 1886.

Announcement of the Central College of Physicians and Surgeons of Indianapolis, Ind.

Announcement of the Woman's Medical College of Baltimore, Md.

Note on Cholecystotomy; Reply to Mr. Lawson Tait, F. R. C. S. by Augustus C. Bernays, M. D. — Reprint from the *Weekly Medical Review* of August 14, 1886.

Ideal Cholecystotomy by Augustus C. Bernays, M. D. (St. Louis). — Reprint from the *Weekly Medical Review*, October 31, 1885.

Announcement of the Woman's Medical College of the New York Infirmary.

Intubation of the Larynx for diphtheritic Croup by E. Fletcher Ingals, M. D. (Chicago). — Reprint from the *Journ.* of the *Am. Med. Ass'n;* July 10, 1886.

Announcement of the Boston University School of Medicine.

Cocaine in Hay-Fever by Seth S. Bishop, M. D.; Reprint from the *Journ. of the Am. Med. Ass'n*, February 6, 1886.

Operations on the Drum-Head for impaired hearing; with fourteen cases by Seth S. Bishop, M. D.; Reprint from the *Journ. of the Am. Med. Ass'n*, August 26, 1886.

Correspondenz.

Detroit, im October, 1886.

Beiliegend finden Sie einen Mortalitäts-Bericht für das erste Halbjahr 1886, in Detroit. Unter „Andere Ursachen" sind die Früh- und Todgeburten nicht mit einbegriffen; die hauptsächlichen Todesursachen, die ich in meiner Tabelle*) nicht verzeichnet habe, sind (von Januar bis Juni berechnet): *Convulsiones* 149, *Morbilli* 46, *Bronchitis* 70, *Morbus valvularum cordis* 47, und *Meningitis* 38. Eines gewaltsamen Todes starben 49; 62 starben an Altersschwäche.

Im Januar	starben	157	Personen	männl.	und	155	weibl.	Geschlechts.
„ Februar	„	170	„	„	„	140	„	„
„ März	„	175	„	„	„	142	„	„
„ April	„	141	„	„	„	145	„	„
„ Mai	„	150	„	„	„	125	„	„
„ Juni	„	151	„	„	„	134	„	„

Von den während der ersten Hälfte dieses Jahres in Detroit verstorbenen kommen:

933	aus	Detroit
84	„	Michigan
161	„	anderen Staaten
4	„	Belgien
2	„	Böhmen
87	„	Canada
45	„	England
13	„	Frankreich
224	„	Deutschland
96	„	Irland
20	„	Polen
27	„	Schottland
8	„	der Schweiz
4	„	Schweden
2	„	Holland.

Die Geburtsorte der Uebrigen waren in den Todtenscheinen nicht angegeben.

*) Die Tabelle selbst sind wir wegen Stoffandranges leider genöthigt, für die nächste Nummer zurückzulegen. Die Red.

Die durchschnittliche Temperatur war

im Januar	24.7°
„ Februar	28.0°
„ März	35.6°
„ April	50.6°
„ Mai	58.4°
„ Juni	66.8°

Dr. Wm. Bbodie, einer der angesehensten hiesigen Aerzte, ist aus England (wo er die Amerikanische Medizinische Gesellschaft bei der Jahresversammlung der "*British Medical Association*" vertrat) zurückgekommen und ist des Lobes voll über die Liebenswürdigkeit der Britischen Collegen u. s. w.

Mit den Pocken ist es leider noch immer nicht vorbei; es existiren zur Zeit noch drei Fälle.

Die "*Detroit Medical and Library Association*" hielt vor Kurzem ihre jährliche Versammlung ab, und erwählte bei dieser Gelegenheit die Folgenden zu Beamten: Präsident, Dr. H. O. Walker; Vice-Präsident, Dr. Geo. Duffield; Sekretär, Dr. F. W. Mann, und Schatzmeister, Dr. Carl Bonning. Als Bibliothekar wurde Dr. H. A. Wood wiedererwählt.

"*The Microscope,*" welches früher in Ann Arbor unter der Redaktion von Prof. Stowell erschien, ist von vier jungen Aerzten der "*City of the Straits*" angekauft worden und wird in Zukunft in Detroit erscheinen.

Sonst nichts Neues.

Ihr ergebenster
Dr. Hugo Erichsen.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Sitzung vom 6. September 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann.
Sekretär: Sekretär Dr. Willy Meyer.

Nach einem kurzen Willkommen von Seiten des Präsidenten erhält Dr. Jul. Rudisch das Wort zur:

Demonstration eines tragbaren neuen galvanischen Apparates.*) Die Vorzüge desselben sind: Ein gemeinschaftlicher Trog für sämmtliche Elemente, welcher mit Salmiaklösung gefüllt wird, und eine Zwischenlage von Asbestpapier zwischen dem Zink und der Kohle eines jeden Elemntes hat. Dasselbe hat die Fähigkeit, eine genügende Menge der Lösung aufzusaugen, so dass der (tragbare) Apparat auch „trocken" zu gebrauchen ist, d. h. nachdem der Trog vollständig geleert ist.

Dr. G. W. Jacoby bestätigt die von R. angeführten Vorzüge und fügt hinzu, dass zur Entfernung von Haaren auf elektrolytischem Wege der Apparat ebenfalls sehr geeignet sei.

Auf eine Frage des Präsidenten nach dem Preise des Apparates erwidert Dr. Rudisch, dass die Firma Waite & Bartlett den demonstrirten Apparat vorläufig nach seinen Angaben als Muster hergestellt habe.

*) Veröffentlicht im *Journal of Mental and Nervous Diseases;* October 1886.

Sobald derselbe in grösserer Anzahl hergestellt werde, würde er (R.) denselben ausführlicher beschreiben und könne dann ein Preis (seiner Vermuthung nach etwa $20—$25) festgestellt werden.

Hierauf sprach

Dr. Fritz Leviseur über:

Eintheilung und Diagnose des Lichen.

(Dieser Vortrag ist auf Seite 186 dieser Nummer der N. Y. Medizin. Presse abgedruckt.)

Diskussion:

Dr. H. Klotz ist der Ansicht, dass die Diagnose des Lichen stets ein sehr interessantes Thema sei und nicht oft genug besprochen werden könne, dass aber namentlich alte Fälle, die schon mehrfach unter Behandlung gewesen, oft solche Veränderungen zeigen, welche die Diagnose wesentlich erschweren. Desshalb ist auch die vom Redner nach Hebra aufgestellte Eintheilung nicht durchweg einzuhalten. Namentlich die Form des *Lichen ruber acuminatus* kann nicht so streng festgehalten werden; auch wechseln die Formen in den verschiedenen Kulturländern. In England kennt man z. B. die letztgenannte Form nur wenig. Anders in Oesterreich. Dr. Klotz hat im Ganzen hier in Amerika vier ausgesprochene Fälle dieser Form gesehen und kann das Aussehen der Haut bei länger bestanden habendem L. r. a. nur mit dem eines Reibeisens vergleichen. Der Ausschlag entstand nach starkem Schwitzen und war meist auf den Rücken beschränkt. Unna'sche Salbe hat meist schnell zur Heilung geführt.

Unna hat bekanntlich einen Fall veröffentlicht, in welchem er alle drei Arten: *Lichen oblusus, L. acuminatus* und *L. planus* an demselben Individuum beobachtete. Die erste Form zeigt pfefferkorngrosse, die zweite hanfkorngrosse und die dritte noch kleinere Knötchen. Die Form ist die eines abgestumpften Kegels.

Dr. L. Weiss ist mit der Eintheilung des Vortragenden einverstanden. Er hat sich gerade in letzter Zeit viel mit *Lichen* beschäftigt und stets gefunden, dass bei *Lichen ruber* die gesund gebliebene Hautoberfläche eine deutliche *Cutis anserina* (*L. pilaris*) hatte. Dieselbe zeigte sich auch im Gesicht und waren diese kleinen, *L. pilaris* ähnlichen Erhöhungen daher nicht als Folge einer Entblössung aufzufassen, sondern waren offenbar eine Theilerscheinung des *L. ruber*. W. hat vor Kurzem einen Fall von *L. haemorrhagicus* gesehen, welcher im Laufe des Winters nicht ganz verschwindet, bei grosser Hitze aber wieder massenhaft zu Tage tritt.

Wie passt dieser Fall nun in die gegebene Eintheilung des *Lichen* hinein?

Dr. Leviseur hat bis jetzt auf dem *Deutschen Dispensary* nur *L. planus* gesehen, aber noch keinen *L. acuminatus*. Was die Eintheilung anbetrifft, so weist er nochmals auf die Nothwendigkeit hin, dass dieselbe klar sein müsse; daher habe er die Annahme von drei Arten betont, was jedoch Mittel- oder Uebergangsformen nicht ausschliesse. Die unveränderte, reine Papel müsse aber unter allen Umständen vorhanden sein, wenn die Diagnose auf *Lichen* mit Recht gestellt werden könne. Es ist die Frage ob in dem von Dr. Weiss erwähnten Falle nicht *L. planus* mit *L. pilaris* zugleich vorhanden gewesen sei. Der Fall von *L. haemorrhagicus* sei sehr interessant und möchte Redner darauf hinweisen, dass Blutungen an und für sich dem Begriffe der Knötchen nicht widersprächen.

Dr. Heitzmann ist ebenfalls der Ansicht der Wiener Schule, deren Ansichten der Redner des Abends vertreten habe, dass nämlich das *Lichen* ein besonderes Bild sein solle und dass diese Bezeichnung nicht auf andere Dermatonosen angewendet werden dürfe, wie dies gerade hier bei uns sehr gebräuchlich sei. Ein Ekzem, welches Knötchen zeige, die konfluiren und stark jucken sei eben ein *Eczema papulosum* und kein *Lichen planus*. Trotzdem werde diese falsche Bezeichnung fortwährend angewandt und müsse in dieser Beziehung ein wiederholter Hinweis im vorgedachten Sinne klärend wirken.

Nach einer kurzen Exekutiv-Sitzung ergriff Dr. Heitzmann das Wort zu seinem Vortrage:

Physiologische Vorbilder des Carcinoms und Alveolar-Myeloms.

(Derselbe ist auf S. 181 dieser Nummer abgedruckt.)

Hierauf Schluss der Sitzung.

Vom 15. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Abgehalten in Berlin vom 7. bis zum 10. April 1886.

(Schluss.)

Herr von Bergmann erinnert daran, dass bei dem Medianschnitte durch die *Pars membranacea* der dilatirende Finger unbedingt die Beckenfasciea eröffnet und eine Phlegmone ermöglicht; kommt es nicht dazu, so ist das natürlich sehr angenehm. Die Fälle mit und ohne Naht sollten getrennt betrachtet werden; die Blasennaht, selbst wenn sie nicht halte, gäbe doch der Wunde Zeit gegen Infiltration und Infektion gehärtet zu werden.

Während Koenig niemals ein Verweil-Katheter nach der *Boutonnière* angewendet hat, legt von Volkmann solchen stets ein. Derselbe würde, wenn die *Sectio alta* so ungefährlich gemacht werden könne, wie es der Medianschnitt ist, keine andere Operation machen, da er dieselbe für die idealste hält. Sie sei jedoch heute noch gefährlicher als die Ovariotomie. Bei grossen Steinen, welche Zertrümmerung nothwendig machen, solle ein der Litholapaxie ähnliches Verfahren anstatt der Kornzange angewendet werden, d. h. durch die *Pars membranacea* aspirirt werden.

Herr Gussenbauer (Berlin) hat wegen eines 4—5 cm. im Durchmesser haltenden Steines bei einem jungen Menschen die *Sectio alta* gemacht; es blieb eine Fistel, die sich nach zwei Monaten schloss, später mehrmals wieder aufbrach, vom Redner, von Dittel und von Hofmokl behandelt und jedes Mal wieder geschlossen worden ist.

G. befürwortet die Lithotripsie als das rationellste und schonendste Verfahren, welches am schnellsten zur Heilung führt. *Sectio alta* sollte nur bei grossen die ganze Blase ausfüllenden Steinen gemacht werden. Doch sind auch diese, wie Redner durch die Geschichte eines seiner Fälle erläutert, durch Lithotripsie heilbar. Verweilkatheter nach Medianschnitt ist als Reizmittel ansusehen und statt dessen lieber oft zu katheterisiren. Der beste Verband nach der *Boutonnière* ist die antiseptische Tamponade mit Kompressions-Verband, dabei ein Verweilkatheter durch die Urethra, nicht durch die Wunde.

Die Wahl der Operation hänge von vielen Umständen ab, Uebung sei auch ein wichtiger Faktor. Um die Blase exploriren zu können, habe er dem Medianschnitt z. B. in drei Fällen die *Sectio alta* folgen lassen.

Herr Loebker (Greifswald) spricht zu Gunsten des Verweilkatheters und erläutert den Nutzen desselben für den Urinabfluss durch einen Fall, in welchem nach Herausnehmen desselben jedesmal Fieber eintrat, das nach Wiedereinlegen fiel.

Herr Petersen (Kiel) plaidirt für seinen Vorschlag der Anfüllung des Rektums beim hohen Schnitte. Die Lithotripsie, der er früher nur einen historischen Werth beimessen wollte, hat er schätzen gelernt in dem Falle eines alten, herzleidenden Mannes, welchen er nicht chloroformiren konnte und bei dem das Cocainisiren der Blase nicht wirkte.

Ueber die Heilung unter dem feuchten Blutschorfe.

Herr Schede (Hamburg) weist auf den von Lesser, Watson, Cheyne und Volrmann u. A. geführten Nachweis hin, dass Blutgerinnsel sich organisiren können.

Dies benutzte Redner, um Drainage und Kompressiv-Verband entbehrlich zu machen. Er sah einen Klumpfuss, an welchem er die Phelps'sche offene Durchschneidung der Weichtheile gemacht hatte (unter Esmarch'scher Blutleere), unter *Protective Silk* und Gipsverband heilen und zwar so, dass sämmltliche Tendons vollständig funktionirten. Ein kleiner granulirender Streifen oder eine Vernarbung unter dem lederfarbenen Blutgerinnsel in der Mitte der Wunde durch, zeigten die Art der Heilung.

Bei einer Patientin mit Coxitis kratzte er Femur und Weichtheile mit dem scharfen Löffel aus, so dass die Wunde sich vor seinen Augen mit Blut anfüllte. Dann bedeckte er sie mit *Protective Silk*, Sublimatgaze und einem Okklusiv-Verbande. Nach siebzehn Tagen war die Wunde bis auf einen schmalen Fibrinstreifen geheilt.

Die gleiche Methode wandte S. bei Knochenausmeiselungen, Nekrotomieen, Gelenksresektionen mit Erfolg an.

Von Weichtheilwunden sind es hauptsächlich folgende, die sich zur Heilung unter dem feuchten Blutschorfe eignen:

Offene Durchschneidung von verkürzten Muskeln, Sehnen und Fascien, oberflächliche Höhlenwunden nach Exstirpation von subcutanen Tumoren und namentlich blossliegende Sehnen, die nicht mit Haut bedeckt werden können. Dieselben werden nicht nur erhalten, sondern bekommen ihre Funktionsfähigkeit wieder.

Regeln sind:

1. Asepsis der Wunde.
2. Sorge für Abfluss des überschüssigen Blutes.
3. Sorge für vollständige Ausfüllung des Defektes mit Blut.
4. Verhinderung der Verdunstung des Blutes unterhalb des *Protectives.*

Gegen dies Verfahren sprach v. Bergmann, dafür v. Volkmann.

Vorstellung mehrerer Patienten mit Aktinomykose.

Herr Rotter (Berlin) hat in den letzten acht Monaten fünf Fälle von A. beobachtet. Eine A. des Unterkiefers, welche durch Exstirpation des kirschkerngrossen Knötchens in der Submentalgegend geheilt wurde und eine A. des Oberkiefers, die nach der Schädel-

basis zu fortschreitet, zahlreiche Abscesse und Fistelgänge am Halse aufweist und vielleicht in einem Durchbruch in den Schädel enden wird.

Ferner berichtet R. Fälle von Lungenaktinomykose, in welchen Abscesse von Jugulum und Sternum bis in die unteren Rippen reichend, vorhanden waren; im Sputum waren einige kleine Körnchen nachzuweisen.

Mit der letzten Kategorie der Aktinomykose, der des Darmes behaftet, kam ein 30-jähriger Bäcker zur Beobachtung, welcher im Rectum die Primäraffektion hatte. Erst trat Peritonitisein, dann Periproktitis mit Abscessbildung und später eine Fistel; dann Abscess in der Glutäalgegend und noch zwei weitere Abscesse in der Nähe des Afters, welche Fisteln hinterliessen. Endlich grosse Abscesse auf beiden Darmbeinschaufeln, die stinkenden Eiter entleerten. Die Prognose ist schlecht.

Der Bäcker hatte in den letzten Jahren viel Mehl von ausgewachsenem Roggen verbraucht; der Fall mit Unterkieferaffection hatte viel mit Pferden umzugehen.

Die Körnchen schwankten zwischen Hirsekorn- und Erbsengrösse, sind dunkelgelb bis sagofarbig.

Herr Esmarch (Kiel) hält die A. für häufig und schreibt sie dem Umgange mit krankem Vieh zu. Körnchen sind nicht immer zu finden.

Herr James Israel glaubt, dass Beiden (Menschen und Thieren) die Infektion durch vegetabilische Stoffe zugeführt wird. Redner führt den Fall eines 26-jähr. Mannes an, der oft mit Pferden auf demselben Streu geschlafen und aus demselben Troge getrunken. Bei der Section fand sich ein Zahnfragment in der Lunge, so dass Redner seine früher ausgesprochene Hypothese, dass die Infection der Lunge aus dem Munde stamme, für erwiesen hält.

Herr Roser (Marburg) ist der Ansicht, dass die von ihm als Ludwig'sche Angina angesprochene Affektion Aktinomykose ist.

Herr Koenig (Göttiugen) hat nicht in allen Fällen von Hals- und Gesichts-Aktinomykose kariöse Zähne, wohl aber solche gefunden, die durch den Gebrauch so abgeschliffen waren, dass sie vielleicht den Weg für die Infektion bildeten.

Personalien, etc.

Zum Direktor der Kreisirrenanstalt in München, also zum Nachfolger Gudden's, ist Prof. Hubert Grashey, der Würzburger Psychiater berufen worden.

Die Gesammtzahl der Geburten in Frankreich betrug im Jahre 1885: 922,361, die der Todesfälle: 836,897, ein Ueberschuss der ersteren von 85,464. Letztere Zahl nimmt jedoch seit 1876 in Frankreich stetig ab und beträgt nur noch die Hälfte derjenigen in genanntem Jahre.

Dr. R. Ewald wurde zum a. o. Professor der Physiologie in Strassburg ernannt.

Dr. M. Rasumowski hat sich in Odessa als Privatdozent für gerichtliche Medizin habilitirt.

Dr. J. Kopernicki erhielt den Titel eines a. o. Professors in Krakau.

Dr. N. Salesski wurde ordentlicher Professor der Pharmakologie in Charkow.

Von einer Gesammtzahl von 10,276 Fällen von Cholera, welche im ersten Halbjahr 1886 in Japan offiziell konstatirt wurden, starben 7,803 d. h. 76 Prozent!

Dr. Ganser wurde als Nachfolger Kraepelin's zum Oberarzt der Irrenabtheilung am Dresdener Krankenhause ernannt.

Dr. Anton Woelfler, bisher an der Wiener Poliklinik thätig, wurde zum Professor der Chirurgie in Gratz ernannt.

Prof. Michael Eugen Chevreul, der Nestor unter den jetzt lebenden Chemikern erhielt anlässlich seines 100. Geburtstages ein medizinisches Doktordiplom von Heidelberg, speziell wegen der Arbeiten über die Konstitution der Fette.

Mr. Graham Bell, der Erfinder des seinen Namen tragenden Telephones erhielt die philosophische Doktorwürde in Anbetracht seiner Verdienste um die Erziehung etc. der Taubstummen.

Dr. L. Bandl, bisher an der Wiener Poliklinik thätig, wurde als Nachfolger Breisky's an die deutsche Universität zu Prag berufen.

Das deutsche Hospital in Constantinopel, von der deutschen Regierung mit einer Auslage von $90,000 erbaut, ist ein in Pera gelegenes geräumiges Gebäude. In den sechs grossen Abtheilungen und zwanzig Privatzimmern haben 100 Patienten Platz. Im vergangenen Jahre wurden von den drei dort angestellten Aerzten weit über 600 Patienten behandelt.

Todtenliste.

Dr. James C. Wakley, der Eigenthümer der *London Lancet.*

Joseph Sampson Gaungee, M. R. C. S., F. R. S. E., ein bekannter Londoner Chirurg.

Dr. Thomas A. McBride, einer der tüchtigsten, jüngeren Aerzte New York's (42 Jahre alt) starb auf dem Dampfer „Aller" und wurde auf See begraben. Obgleich speciell Neurolog, war er doch in allen Zweigen der Medizin sehr tüchtig und für Konsultationen sehr gesucht. Er war längere Zeit der Haupt-Redakteur des *American Journal of Neurologie and Psychiatrie.*

Im Interesse unseres Blattes werde ich im Laufe der nächsten Wochen die Staaten New York, Ohio, Kentucky, Indiana, Missouri, Illinois und Michigan bereisen und bitte um freundliche Aufnahme.

EMIL STOESSEL, PH. D.

NEW-YORKER

Medizinische Presse.

Entered at the Post Office at New York as second class matter.

Bd. II. New York, November 1886. No. 6.

Ein Fall von Ekzem mit Krebs der Brustdrüse.

Von Dr. L. Waldstein. Vorgetragen in der Sitzung der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgebung* am 4. October 1886.

Vor 12 Jahren beschrieb Paget zuerst genauer eine Reihe von 15 Fällen einer eigenthümlichen Erkrankung der Brustdrüse, die aus einem chronischen Ekzem der Warze mit Carcinom der Drüse besteht. Seit jener Zeit sind nun eine Anzahl weiterer Arbeiten erschienen, die alle dahin strebten, das Wesen und das gegenseitige Verhältniss dieser beiden Prozesse festzustellen.

Ich erlaube mir, Ihre Aufmerksamkeit auf kurze Zeit in Anspruch zu nehmen, nicht etwa, weil ich versprechen darf, das Problem einer Lösung entgegengeführt zu haben, sondern weil es mir nützlich erscheinen will, Fragen dieser Art einer Versammlung, wie die unsrige, vorzulegen, damit die Aufmerksamkeit eines Jeden von uns in seinem Wirkungskreise auf dieselbe gelenkt und festgehalten werde. Denn nur so dürfen wir hoffen, unser Theil zur Lösung derselben beitragen zu können. Ich werde also, das möchte ich vorausschicken, nichts Fertiges liefern, sondern nur in kurzen Zügen das wesentliche des Bekannten und noch Streitigen vortragen können.

Heute und seit Paget ist man bei der Schilderung des klinischen Bildes darin einig, dass die Affektion bei älteren Individuen mit einem nässenden Ekzem in der unmittelbaren Nähe und auf der Zitze ihren Anfang nimmt. In einigen Fällen liess sich ein Trauma, vom Säugen z. B., in den meisten aber keine unmittelbare Ursache angeben. Statt dass nun das lokalisirte Leiden der Behandlung nachgiebt, trotz dasselbe nicht allein allen angewandten Mitteln, es dehnt sich im Gegentheil nach allen Seiten in den Warzenhof aus; es bilden sich Verdickungen, die oberflächlich, wie sich Koenig ausdrückt, wie Psoriaris ähnliche Flecke aussehen; es kommt zur Heranbildung ausgedehnter Verhornungen, Abschuppungen und zu Entblössungen des Papillenkörpers. Um diese Zeit schon (nach Verlauf von Monaten) zeigen sich die Anfänge einer Einziehung der Warze, die, abhängig von dem entzündlichen, späterhin cirrhotischen Prozesse im Unterhautzellgewebe, in Kürze total wird, so dass man in diesem Stadium äusserlich nichts Anderes als eine exquisite chronisch-ekzematös erkrankte Hautfläche vor sich hat.

Wäre auch, wie dies fast ausnahmslos der Fall ist, die eigentliche Drüse nicht schon evident erkrankt, so erkennt man schon jetzt, das es sich nicht um ein einfaches chronisches Ekzem handelt, wenn auch die Gültigkeit des Satzes nicht angenommen werden kann, als müsse die Einziehung der Zitze abhängen von einer krebsigen Erkrankung. Thin und später Sherwell wollen schon früher die Eigenart des Ekzems an eigenthümlichen weichen, warzigen Auswüchsen in der unmittelbaren Nähe der Zitze erkennen. Ersterer hält dieselben für das

eigentlich pathognomonische, so zwar, dass er die ganze Affektion als maligne papilläre Dermatitis bezeichnet haben will.

Von nun ab ist der Verlauf ein stürmischer; denn es entwickeln sich rasch nach einander die Anzeichen und die Folgenzustände eines Drüsencarcinoms, das in vielen Fällen schon wegen der lästigen Symptome des Ekzems operativ behandelt werden kann. Begreiflicherweise findet die Ablation wegen der anscheinenden Gutartigkeit des Ekzems nicht früh genug statt, um an dem so gewonnenen Material den Verlauf, beziehungsweise den Zusammenhang beider Affektionen anatomisch in klarer Weise überblicken zu können. Thatsächlich sind die Bilder so vieldeutig, dass es unmöglich erscheint, den Uebergang vom einen in's andere Leiden verfolgen zu können. Man sah sich vielmehr gezwungen, hier wie in so manchen anderen Gebieten der Pathologie mit Hilfe der klinischen Erfahrungen, zum Theil auch nach Analogie bei anderen Krebsarten, vermuthungsweise Hypothesen aufzustellen. So ist es gekommen, dass der Eine in diesem Ekzem eine eigene Abart mit malignem Verlauf erblicken will; dass der Andere dem Carcinom die primare Rolle zuertheilt, woraus folgt, dass die Dermatitis als sekundäre Complication hinzugetreten sein müsste. Wieder Andere leiten beide von einer gemeinschaftlichen Ursache: einer Affektion der grösseren Milchgänge ab, und endlich soll zu Anfang eine eigenthümliche epitheliomartige Neubildung im *Rete Malpighi* Platz greifen, die fortgeleitet auf die genetisch homologen Epithelien der Ausführungsgänge, später auf die eigentlichen Drüsenepithelien übergehen soll.

Wir hätten also, wie Sie sehen, nicht weniger als vier verschiedene Deutungsweisen einer einzigen Erkrankungsart der Brustdrüse, und wenn ich noch hinzusetze, dass nicht allein eine jede von ihnen von geschickten und zum Theile namhaften Untersuchern vertreten ist, sondern dass auch in fast jedem gelungenen Schnitte dies und jenes anscheinend auch so verschieden aufgefasst werden kann, so geben Sie mir gewiss zu, dass es der Mühe verlohnt und interessant genug ist, jeden einzelnen Fall genau zu untersuchen. Ich muss auch bekennen, dass ich bei der Bearbeitung des vorliegenden Materials in fortwährendem Schwanken erhalten blieb, bis ich bekennen musste, dass der Fall, wie die meisten, wohl nicht geeignet ist, die einzelnen Stadien aller zu verfolgen. Ein Blick in die aufgestellten Mikroskope wird Sie wohl gleichfalls meine Zweifel theilen lassen.

Herr Dr. Fr. Lange hatte die Güte, mir die Brust nach der Operation zur Untersuchung zu überlassen und mir die folgenden kurzen Notizen mitzutheilen.

Frau S., 61 *Jahre alt;* stellte sich zuerst am 27. September 1885 vor. Sie will seit ungefähr einem Jahre eine Geschwulst an der linken Brust bemerkt haben. Sie hatte dreimal Erysipel und Ekzem am Unterschenkel und machte auch vor 27 Jahren eine Periostitis durch; hat ferner 4 Fehlgeburten gehabt.

Status praesens: Eine faustgrosse, harte, infiltrirte Geschwulst im oberen Quadranten der linken Brust. Die Brustwarze ist vollständig eingezogen, entsprechend ihrer Lage besteht eine erhabene nässende Fläche; in der Umgebung Ekzem. Vergrösserte Achseldrüsen lassen sich wegen des dicken Fettpolsters mit Sicherheit nicht nachweisen; doch scheinen einzelne Drüsen vorhanden zu sein. Eine vorgenommene Probepunktion lässt hartes, derbes Gewebe erkennen. Die Haut über der Hauptgeschwulst ist nicht verwachsen.

Hier ist nun schon aus dem Habitus der Patientin ein Punkt hervor-

zuheben, der, wollte man, wie soeben bemerkt, die klinischen Daten mit zu Hilfe nehmen, von nicht geringer Wichtigkeit wäre. Ich meine eine offenbare Tendenz zu Ekzemen und ähnlichen Affektionen. Es bliebe dann nur zu erörtern, ob das Ekzem, wenn es durch irgend eine der bekannten Ursachen bei derartig disponirten Individuen die Brustwarze ergreifen sollte, zu einer malignen Drüsenaffektion führen würde. Sie sehen, man kommt so von einer Hypothese gleich in eine Verquickung von Annahmen hinein, die schliesslich nach verschiedenen Richtungen in das bekannte Gebiet der Dispositionen auslaufen. Man sollte meinen, dass das Thierexperiment am ehesten geeignet wäre, Aufschluss zu schaffen, und es würde sich gewiss verlohnen, diesen Weg zu betreten.

Am Besten ist es aber vorläufig, die Aetiologie zu vernachlässigen und sich vorerst womöglich eine klare Vorstellung über das Geschehene zu verschaffen.

Das Erste, was schon mikroskopisch an einem Querschnitt auffällt, der senkrecht auf die Mamillargegend geführt wurde, ist die Abwesenheit der drüsigen Proliferation zwischen der Oberfläche und dem tiefliegenden Carcinom; unter dem Mikroskope ist dies noch evidenter: das Bindegewebe ist cirrhotisch, die zellige Infiltration ist verschwunden und die grösseren Milchgänge sind intakt, d. h. mit Bezug auf heteroplastische Neubildung. Hie und da nur findet sich ein Kanälchen, dessen Epithel gewuchert scheint; das Lumen ist erweitert, die Wandungen indessen erhalten. Dieses Verhältniss hat Bütlin, Dühring u. A. veranlasst, ein Weiterkriechen des Prozesses anzunehmen, indem sie sich vorstellten, dass die dickeren Wandungen der Kanälchen nicht nur eine Wucherung der epithelialen Hyperplasie in das umliegende Gewebe hier verhindert, sondern dass dieselbe in den eigentlich drüsigen Abschnitten durch die Zartheit der *Membrana propria* sogar begünstigt werde.

Peripherwärts werden Sie im subkutanen Bindegewebe mehr die Anzeichen eines neuerlichen Entzündungsvorgangs in der kleinzelligen Infiltration erkennen können. Gehen Sie weiter nach aussen, so sehen Sie, dass im Centrum der vorliegenden Schnitte die Oberfläche von esxudativem eingetrocknetem Material gebildet wird, unter welchem eine verschieden dicke Lage von verhorntem Epithel, Epidermismassen, gelegen ist. Sehr auffallend ist an dieser Letzteren ihre Mächtigkeit im Vergleich zum stellenweise fast verschwindend schmächtigen *Stratum Malpighi.* Ich habe eine Reihe von kindlichen und normalen Brüsten auf diesen Punkt hin untersucht und habe gefunden, dass das *Rete Malp.* in allen sehr wenig ausgebildet ist. In anderen Worten, der Papillarkörper tritt gegen die Mamilla hin immer näher an die Oberfläche heran, während er nach der Peripherie mehr und mehr von einem normal mächtigen *Stratum mucosum* von der Epidermis getrennt ist.

Wir dürfen uns gewiss vorstellen, ohne damit die Hauptfrage selbst zu präjudiziren, dass eine Läsion der Haut über dieser Stelle, also hart an der Zitze (wo der Kliniker ja in der ersten Zeit das Ekzem am häufigsten zu finden gewohnt ist), viel leichter tiefer auf den Blut- und Lymphgefässreichen Papillarkörper übergehen wird, als an anderen Stellen, wo derselbe den besseren Schutz einer mächtigen Epithelzellenlage hat.

So ist es auch in der That, und Thin will ja geradezu seine *Malignant Papillary Dermatitis*, wie er unsere Erkrankungsform bezeichnete,

daran erkennen, dass der Papillarkörper in Form von kleinen Wärzchen sehr frühe an die Oberfläche tritt.

Untersucht man das Rete auf Serienschnitten genauer, so lässt sich leicht zweierlei konstatiren. Erstens, eine unbestreitbare Proliferation, wodurch sehr häufig die Kuppen einzelner Papillen abgeschnürt werden. Man hat auch diesem Vorkommnisse prinzipielle Bedeutung beilegen wollen, als wäre es dieser Erkrankungsform eigen, im Papillenkörper gewisse Erweichungs-Cystenbildungen zu veranlassen. Wer von Ihnen einige Erfahrung in der Mikroskopie der chronischen Dermatitis hat, wird mit mir sagen müssen, dass man solchen Abschnürungsprozessen nicht gar zu selten begegnet, ohne dass dadurch dem Ekzem etwas Spezifisches verliehen wird. Wenn auch diese Wucherung des Malpighi'schen Körpers in allen genauer untersuchten Fällen niemals zu fehlen scheint, und hohe Grade erreichen dürfte, so kann ich mich, nach dem was ich gesehen habe, Dühring und Wile darin nicht anschliessen, die sie kurzweg als Epitheliom auffassen, welches den Anstoss zur Weiterverbreitung durch die Gänge zum Drüsenepithel geben soll. Ich finde in meinem Falle, dass die Zellneubildung — statt wie beim Epitheliom in das Corium und weiter zu greifen — ganz im Gegentheil auf lokalisirte Haufen von sich vermehrenden Zellen innerhalb der Schleimschicht beschränkt ist; nur an einzelnen Stellen scheinen Faserzüge in die Bindegewebslücken hineinzuragen. Weiterhin unterscheiden sich diese von den Epitheliomzapfen auch darin, dass die Verhornung den Zellenleib nicht *in toto* betrifft und sich die bekannten Perlen bilden, sondern es bilden sich kleine Körnchen und Tropfen, ähnlich denjenigen, die Ranvier zuerst genauer beschrieben und mit dem Namen Eleidin belegte.

Das Zweite sind Zellenhaufen, die in begrenzten Hohlräumen liegen, deren Entstehung nicht leicht verfolgt werden kann; ich habe aber Schnitte gesehen, von denen man leicht die Vorstellung erlangen konnte, als stammten sie direkt von den erstgenannten Epithelhaufen her, die in Lymphräume hineingewuchert, einen alveolären Bau vortäuschen. Von diesen finden Sie einige aufgestellt und können Sie sich von der Richtigkeit dieser Vermuthung selber überzeugen. Jedenfalls kann von einer Epitheliombildung nicht die Rede sein.

Wir haben es also mit einem Prozesse zu thun, der die verschiedenartigsten Veränderungen setzt, von dessen Wesen wir uns aber schwer einen einheitlichen Begriff bilden können. Was das Wesen derselben ist, lässt sich, meine ich, zur Zeit nicht sagen. Ob es sich um ein einfaches Ekzem handelt, das bei disponirten Individuen an dieser Stelle durch Kontinuität zum Carcinom führt; ob es genügt bei solchen Personen, den einfachen langandauernden Reiz als Ursache der malignen Neubildungen anzunehmen; oder ob endlich beiden, der glandulären, wie der Hautaffektion eine unbekannte Ursache zu Grunde liegt, wage ich nicht zu entscheiden.

Ist es mir aber gelungen, eine klare Skizze dieser eigenthümlichen Geschwulstform zu entwerfen, und das Interesse für das Problem in Anspruch genommen zu haben, so halte ich meine vorläufige Aufgabe für erfüllt. Ich würde den Herrn Kollegen sehr dankbar sein, wenn Sie mir zu etwaigem Materiale verhelfen würden.

Die Wurzelrinde der Baumwollenstande als uterines Haemostaticum.

Von Dr. Henry Garrigues, Professor der Geburtshülfe an der *New York Post Graduate Medical School and Hospital*, Gynäkolog am *Deutschen Hospital* und am *Deutschen Dispensary* etc.

Vortrag, gehalten in der "*Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend*" am 1. November 1886.

Die Drogue, auf die ich Ihre Aufmerksamkeit hinzulenken wünsche, ist die innere Rinde der Wurzel der Baumwollenstaude, die in Asien und Afrika einheimisch ist und bekanntlich in grosser Ausdehnung in dem Süden der Vereinigten Staaten Nordamerika's angebaut wird.

Der Pharmakopöe der Vereinigten Staaten zufolge, kommt die Rinde von *Gossypium herbaceum*, Linné, und andern Arten desselben Geschlechtes.

Wood und Bache's *United States Dispensatory* giebt an, dass Dr. Bouchelle in Mississippi die Rinde für ein ausgezeichnetes *Emmenagogum* hielt und sie dem Ergot gleichstellte, um Uteruskontraktionen hervorzurufen. Er sagte, dass es gewöhnlich und mit gutem Erfolg von den Negersklavinnen des Südens gebraucht worden sei, um Abortus zu bewirken. Als wehenbeförderndes Mittel brauchte er ein Dekokt von vier Unzen der Wurzel auf ein Quart Wasser bis auf die Hälfte eingekocht, und gab hiervon ein Weinglass voll alle zwanzig bis dreissig Minuten.

Dr. T. J. Shaw in Tennessee hat die Wurzelrinde ebenfalls als *Emmenagogum* und wehenbeförderndes Mittel empfohlen. Er gebrauchte eine Tinktur, die er dadurch herstellte, dass er acht Unzen während zwei Wochen in zwei Pfund verdünnten Alkohols mazerirte, und von der er einen Theelöffel voll drei bis vier Mal täglich verabreichte.

Dr. Bellamy in Columbia, Ga., bestätigte Dr. Bouchelle's Angaben und fügte hinzu, dass die Wurzel am wirksamsten sei, wenn sie spät im Herbst, grade vor dem Frost, eingesammelt wird.

Prof. E. S. Waine in Cincinnati hat die Rinde einer chemischen Analyse unterworfen, fand kein Alkaloid, aber ein saures Harz, das in reinem Zustande farblos und in Wasser löslich ist, aber leicht Sauerstoff absorbirt und dann roth und in Wasser unlöslich wird. Dies Harz wird von dem flüssigen Extrakt im Ruhestand ausgefällt. Waine meinte, dies Harz sei das wirksame Prinzip der Wurzel, was indessen nicht durch Versuche bewiesen worden ist.

Stille und Maisch's *National Dispensatory* sagt, dass die einzige Wirkung der Baumwollenwurzel in ihrem Einfluss auf das Uterinsystem besteht. Nach der Meinung der Verfasser kann es kaum bezweifelt werden, dass sie sich bei Dysmenorhöe, bei zu sparsamer Menstruation und besonders bei Unterbrechung der Menstruation durch Kälte nützlich zeige.

Das Mittel scheint sich also als *Ecbolicum*, *Emmenagogum* und *Oxytoricum* bewährt zu haben. Zu diesen Zwecken habe ich es wenig oder gar nicht verwendet und kann also keine eigenen Erfahrungen darüber mittheilen. Dagegen gebrauche ich es seit mehr als zwei Jahren als symptomatisches Mittel bei Uterinblutungen aller Art und bin mit seinen Leistungen in dieser Richtung ganz ausserordentlich zufrieden.

Nach einer Zusammenstellung der Bücher des *Deutschen Dispensary*'s

habe ich es in diesem Institut bei 139 Patientinnen angewendet. Die Verhältnisse in solcher Anstalt sind bekanntlich nicht der Art, dass man genaue Krankengeschichten schreiben kann; da ich aber ein spezielles Interesse an dem Mittel nahm und mich bald von seinem grossen Werth überzeugte, habe ich oft kleine Notizen über die Wirkung gemacht und erinnere mich der Umstände in vielen anderen Fällen ohne solche. Hiernach kann ich annähernd wahrheitsgemäss folgende Uebersicht über die Natur der Fälle, in denen es zur Anwendung kam und über den Erfolg der Behandlung geben:

	Mit Erfolg:	Ohne Erfolg:
Anteflexion	33	2
Anteversion	1	
Retroflexion	8	
Retroversion	1	2
Prolapsus uteri	1	
Endometritis hyperplastica	3	1
Beckenentzündung (Perimetritis, Pelviperitonitis, Parametritis, Oophoritis, Salpingitis)	5	
Subinvolution	2	
Cervicalriss	15	2
Schleimpolyp	1	
Fibrom	7	2
Sarkom	1	
Carcinom	2	
Nach Geburt	3	
Nach Abort	3	
Blutige Lenkorrhöe nach der Menopause	1	
Syphilis	3	
Meno- und Metrorrhagie aus unbekannter Ursache	35	5
Summa:	125	14

Wenn dieselbe Patientin mehrere Affektionen, z. B. Cervicalriss, Beckenentzündung und Flexion, zugleich darbot, ist sie nur ein Mal aufgeführt, und zwar unter der Diagnose, die am häufigsten zu Blutung Veranlassung giebt, also in dem erwähnten Beispiel unter Flexion.

Wo bestimmte Indikationen für andere Behandlungsweisen vorlagen, sind sie erfüllt worden. Der Polyp wurde abgerissen; bei Eversion der Cervicalschleimhaut wurden Injektionen mit *Liquor Ferri sesquichlorati* einen halben Theelöffel voll auf 1 Pint) gemacht; bei hyperplastischer Endometritis wurde kurettirt, Lageveränderungen wurden womöglich behoben und der Uterus mit einem Pessarium in richtiger Lage gehalten. Bei Beckenentzündung kamen besonders heisse Douchen und Glycerintampons in Anwendung. Bei Syphilis wurde zugleich eine spezifische Behandlung eingeschlagen.

Trotz dieser kombinirten Behandlung ist es aber wohl erlaubt, Schlüsse auf den Werth der Wurzel als blutstillendes Mittel zu ziehen, da ich es auch früher immer so gethan habe. Früher brauchte ich mit abnehmender Häufigkeit *Secale cornutum* (als *Extr. Ergotae Fl.*), *Extr. Visci albi fl.*, *Tinct. Cannabis indicae*, *Tinct. Capsici* und Bromkalium Seitdem ich die Baumwollenwurzel habe kennen lernen, verschreibe ich zuerst diese, und nur wenn sie mich im Stich lässt, versuche ich die alten Mittel.

Wo keine Ursache für die Blutung zu finden war, was in mehr als einem Viertel der Fälle statt fand, wurde das Mittel ganz allein gebraucht.

Ausser den oben angeführten Fällen habe ich es vielfach in der Hospital- und Privatpraxis gebraucht.

Anfangs brauchte ich das flüssige Extrakt, fand es aber fast wirkungslos, wenn es nicht in so grossen Mengen genommen wurde; doch wurde es dann leicht der Patientin zuwider. Diese Fälle sind in der obigen Zasammenstellung nicht mitgerechnet. Dieselbe bezieht sich nur auf Patienten, bei denen ich die Wurzel als Dekokt habe gebrauchen lassen. Ich lasse drei gehäufte Theelöffel voll mit einem Pint eine Viertelstunde kochen, dann durchseihen, kalt werden und in drei Portionen, Vormittags, Nachmittags und Abends trinken. Dieses Dekokt hat eine röthliche Farbe, ungefähr wie Himbeerenlimonade. Der Geschmack ist nicht unangenehm, sondern aromatisch und leicht adstringirend.

Das Dekokt hat entschieden tonische Eigenschaften, was um so werthvoller ist als Eisen in jeder Form kontraindizirt ist bis jede Neigung zur Blutung aufgehört hat. Ich lasse es Monate lang gebrauchen. Zur Zeit der Menstruation, hört Patientin je nach dem Blutverlust zwei bis vier Tage auf, die Medizin zu nehmen, fängt aber dann wieder an. Ebenso wenig wie andere Mittel ist es unfehlbar. Bei einigen Patienten hat es keine Wirkung, während andere Mittel, namentlich Mutterkorn, helfen. Bei andern wiederum sind alle inneren Haemostatica wirkungslos. Im Ganzen habe ich es aber bei weitem wirksamer als alle anderen gefunden. Am überraschendsten scheint mir die Wirkung bei Neubildungen. Bei Fibromen hat es öfters nicht nur die Blutung, sondern sogar die Schmerzen beseitigt. Selbst bei Sarkom und Carcinom habe ich die blutstillende und tonisirende Wirkung sehr bedeutend gefunden.

Ein Fall von Keloid.

Von Dr. Curt Nicolai, New York. Vorgestellt in der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend am 4. Oktober 1886.

Herr Präsident, meine Herren!

Gestatten Sie mir, Ihre Aufmerksamkeit auf eine kurze Zeit in Anspruch zu nehmen für einen interessanten Fall von ausgebreitetem Keloid. Unter Keloid versteht man, wie Ihnen bekannt ist, eine Bindegewebsneubildung in der Haut, die sich spontan, ohne vorausgegangenen Entzündungsprozess in der Cutis entwickelt und in Platten-, Streifen-, Griffel-, zuweilen Knollenform auftritt. Das Keloid stellt sich dar als ein flach erhabener, in die Haut eingeschobener Wulst, der scharf begrenzt und seine Umgebung nur wenige Millimeter überragend, die Form eines Griffels, einer Leiste, einer Platte oder eines Knollens annimmt. Häufig ist die zentrale Partie erhaben und die seitlich abfallenden Ränder strahlen nach zwei verschiedenen Seiten derart aus, dass sie Krebsscheeren ähnliche Gebilde erzeugen, weshalb Alibert seiner Zeit dieser Hautgeschwulst den vom griechischen χηλη (Krebsscheere) abgeleiteten Namen C h e l o i d oder K e l o i d gab. Die Oberfläche des Keloides ist glatt, weiss- oder rothglänzend, mit runzliger Epidermis und spärlichen Härchen bedeckt, fühlt sich derb elastisch an und ist bei Druck und häufig auch spontan schmerzhaft.

Die Körperstellen, an denen Keloid am häufigsten beobachtet wurde sind: Die Gegend zu beiden Seiten des Sternum, die Mammae, Gesicht, Ohrläppchen, Skalp, seltener der Rücken, die Oberarme und Genitalien.

Wie sich das Keloid entwickelt, hat man bis jetzt noch nicht feststellen können. Man weiss nur, dass dasselbe, nachdem es sich einmal gebildet hat, für kurze Zeit sich bedeutend vergrössern und ausbreiten kann, dann zum Stillstand kommt und keinen weitern Veränderungen unterliegt. Sehr selten hat man spontane Involution desselben beobachtet. An seiner Oberfläche finden sich häufig Exkoriationen, niemals aber Ulcerationen. Die Aetiologie ist fast immer sehr dunkel. Wir haben es wahrscheinlich mit einer individuellen Disposition zu thun, die nur unbedeutender Reize oder Läsionen der Haut bedarf, um diese Neubildungen hervorzurufen. So hat man Keloide entstehen sehn nach Einstechen von Ohrringen, Blutegelbissen, Aetzungen mit Salpetersäure, nach Anwendung von Chrysarobinsalben, von Sapo viridis und anderen.

Individuen jeden Alters und Geschlechtes werden vom Keloid befallen, jedoch scheinen die orientalischen Rassen, namentlich aber die äthiopische dafür besonders disponirt zu sein.

Man hat das Keloid in drei Unterarten eingetheilt, nämlich in das wahre, das falsche und das Narbenkeloid, was meines Erachtens als ein Missgriff zu betrachten ist, da das falsche Keloid eben kein Keloid, sondern hypertrophische Narbe ist und das Narbenkeloid ein Keloid mit allen seinen charakteristischen Eigenschaften darstellt; nur ist es anstatt in normale Cutis in Narbengewebe eingebettet. Um auf die histologische Zusammensetzung dieser Neubildungen zu kommen, so ergaben Dr. Warren's vorzügliche mikroskopische Untersuchungen "eine weissliche, dichtfaserige Gewebsmasse mit zur Längsaxe der Geschwulst und zur Hautoberfläche paralleler Faserung". Das Keloid ist so in das Corium eingeschaltet, dass über und unter ihm normale Coriumschichten und namentlich Papillen und Retezapfen komplet erhalten sind. Kerne und Spindelzellen finden sich nur spärlich und meist nur um die von dichten Faserbündeln scheidenartig umgebenen Blutgefässe herum.

Aus der Anwesenheit von Retezapfen und Papillen ergiebt sich von selbst, dass das Keloid in einem vorher unversehrten Corium entsteht im Gegensatz zur hypertrophischen Narbe, die eben nur der Ersatz für einen Substanzverlust ist.

Niemals findet man in der Narbe Papillen, sondern nur lockeres, unregelmässig verstricktes Gewebe, das mit den zierlichen, parallel verlaufenden Faserzügen des Keloides nicht verwechselt werden kann. Ausserdem greift die Narbe niemals über den Umfang des vorhergegangenen Substanzverlustes hinaus.

Im Narbenkeloid finden wir wieder die regelmässige, parallele Anordnung der Faserzüge, Papillen und Retezapfen, umgeben von regellosem, verfilztem Narbengewebe. Die Diagnose kann man mit Sicherheit nur durch das Mikroskop stellen, jedoch auch schon makroskopisch ist dieselbe nicht so schwierig, je mehr man an der Oberfläche der Geschwulst die normale Beschaffenheit der Haut, der Papillen und Follikel findet und das Entstehen in vorher unversehrtem Corium, sowie das Auftreten in den oben beschriebenen charakteristischen Formen und an den bevorzugten Körperstellen konstatiren kann. Die Differentialdiagnose könnte sich auf hypertrophische Narbe und Addison's Keloid oder Skleroderma beziehen. Jedoch wird das oben bereits über

hypertrophische Narben Gesagte sowie bei Sklerodermia die Palpation der brettharten Stellen die Diagnose bald genug ermöglichen.

Die Prognose *quoad restitutionem ad integrum* ist ungünstig, da wir eine erfolgreiche Therapie nicht besitzen und spontane Involution ungemein selten ist. Die Therapie bestand bisher in Exzision der Geschwülste oder Zerstörung derselben durch Aetzmittel aller Art, jedoch trat regelmässig Rezidiv ein und häufig in noch grösserer Ausbreitung als das ursprüngliche Keloid. Ebenso erging es mit der Elektrolyse; auch nach Anwendung derselben kamen Rezidive. Doch beseitigte dieselbe die spontane Schmerzhaftigkeit meistens auf lange Zeit. Gegen die lästige Spannung in der vom Keloid befallenen Hautpartie gewähren parallele Inzisionen grosse Erleichterung, besser als Narcotica extern und subcutan es erreichen können. Um auf meinen Fall von Keloid zu kommen, stelle ich Ihnen die 30jährige Patientin A. G. vor, die uns ausser durch ihr hochgradig anämisches Aussehn und auffällig schlecht entwickelte Muskulatur durch eine Gruppe von kleineren Geschwülsten an Brust, Rücken und Oberarmen auffällt. Die Hauptmasse derselben finden wir auf der Brust zu beiden Seiten des Sternum, wo wir parallel zu einander gestellte, einen Centimeter breite Streifen von einer Seite zur andern verlaufen sehn, die dann unterhalb der Claviceln schmetterlingsartige Figuren bilden, sich dann in die Achselhöhlen erstrecken und von da griffelförmige parallele Ausläufer nach den Beugeseiten der Oberarme entsenden. Von der linken schmetterlingsähnlichen Platte sieht man verschiedene Fortsätze nach dem Halse und zwei nach der linken Schulter hinaufsteigen. Diese letzteren beiden Fortsätze geben deutlich das Bild einer Krebsscheere. Eine weitere Verzweigung der Keloidgeschwulst können wir von der linken Axilla nach der Scapula hin verfolgen, wo sie in einer knollenförmigen Anschwellung endigt. Nach unten sind zahlreiche Keloide auf den Mammae und zwischen denselben zu finden.

Ueber die Entstehung giebt Patientin an, dass sie vor 5 Monaten an Krätze erkrankte und dieselbe mit einer von ihrem Arzte verschriebenen Salbe zum Abheilen brachte. Sehr bald nachher entwickelten sich die oben beschriebenen Geschwülste, indem sich erst blaurothe Flecke bildeten, die nach und nach erhaben wurden.

Ob nun Patientin für Keloidbildung disponirt war und es nur des leichten Hautreizes durch den *Acarus Scabiei* oder durch die gegen denselben angewendete Salbe bedurfte, diese umfangreichen Neubildungen zu erzeugen, wage ich nicht zu entscheiden. Die von mir eingeschlagene Behandlung bestand in parallelen Inzisionen an beiden Oberarmen, um die Spannung zu beseitigen, in Exzision eines kleinen Knollens (für mikroskopisch-diagnostische Zwecke) und Anwendung der Elektrolyse, um die Schmerzen, die spontan in den Keloiden auftraten, zu beseitigen.

Chronische Nephritis; Suppressio urinae; Mangel einer Niere.

Von Dr. C. Waechter, New York.

Am 10. Juli wurde ich zu F. M, 52 Jahre alt, gerufen; derselbe, ein grosser, kräftiger Mann, — welcher mit Ausnahme von leichten gastrischen Störungen stets gesund, und stets mässig gewesen war, — klagte, dass er seit zwei Wochen nur wenig Urin habe lassen können, und dass in den letzten 24 Stunden die Urinentleerung vollständig aufgehört habe. Er klagte ferner über Harndrang und Schmerz in der Harnröhre und Blase.

Da ich zunächst an ein mechanisches Hinderniss dachte, so wurde der Katheter eingeführt, und etwa 4 Unzen dunklen Urins, der bei der vorgenommenen Untersuchung kein Eiweiss enthielt, entleert. Der Katheter liess sich ohne Schwierigkeit einführen. Druck auf die rechte Lumbalgegend verursachte etwas Schmerz ; auch war die Dämpfung daselbst etwas vermehrt. Temperatur *in ano :* 99½ ; Puls 74 — voll und kräftig; Leber und Milz vergrössert. Patient fühlt sich sonst ganz wohl und war kaum zu bewegen, das Bett zu hüten. Am nächsten Tag war das Befinden des Kranken unverändert ; er hatte keinen Urin gelassen, die Blase war leer, Puls und Temperatur wie vorher. Bei dieser ernsten Sachlage wurden mehrere Kollegen zur Konsultation zugezogen; und während der Besprechung der Differentialdiagnose zunächst an Nephritis, sodann an Hufeisenniere, Verstopfung der Ureteren, Neubildungen, etc., gedacht, ohne dass sich der wirkliche Sachverhalt feststellen liess.

Die therapeutischen Maassregeln mussten selbstverständlich den Zweck verfolgen, Urämie so viel wie möglich zu verhindern, in der Erwartung, dass die Urinsekretion wieder von Statten gehen würde. Es wurden deshalb Schwitzprozeduren (warme Bäder mit nachfolgenden Einhüllungen in wollene Decken), Ableitung auf den Darm, Diuretica, etc., angewendet.

Der Zustand des Patienten änderte sich in den nächsten Tagen nicht; es wurde kein Urin mehr abgesondert, die Blase wurde öfters untersucht und leer gefunden ; Puls 72 bis 76, Temperatur 99½° bis 100½°. Das Sensorium blieb stets frei, Konvulsionen traten nicht ein ; der Tod erfolgte ruhig am 23. Juli, und es hatte somit die Harn-Suppression 13 Tage bestanden.

Bei der von Dr. Stein und mir vorgenommenen Obduktion*) ergab sich nun die interessante Thatsache, dass die linke Niere, sowie Nebenniere und Ureter fehlten; die rechte Niere war um das Doppelte vergrössert, umgeben von hochgradig entwickeltem Fettgewebe. Länge der Niere, 17cm.; Breite, 9cm.; Dicke, 4cm. ; Gewicht, zwischen 8 und 9 Unzen (etwa 250 Gramm). Verlauf und Einmündung des Ureters in das Nierenbecken erschienen normal. Die Kapsel lässt sich nicht leicht abziehen und ist an manchen Stellen verwachsen. Die Niere selbst ist uneben, höckrig, an verschiedenen Stellen sind Einziehungen sichtbar. Auf dem Durchschnitt erscheint die Cortical-Substanz bedeutend breiter und anämisch, mit gelblich-weissen Flecken durchsetzt (fettige Degeneration). Letzteres ist namentlich in der Marksubstanz der Fall. Die Papillen sind zum Theil hyperämisch. Im Nierenbecken kleine Concremente, dem Anschein nach Urate.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine beträchtliche Entwickelung von Bindegewebe. Die Epithelien der Harnkanälchen, speziell die der Marksubstanz auf grossen Strecken trüb geschwellt, resp. fettig entartet. Die Harnkanälchen und *Glomeruli* theilweise verödet, und an Stelle derselben diffuse Bindegewebsentwickelung; Cylinder sind nicht bemerkbar.

Untersuchung auf amyloide Degeneration fällt negativ aus.

Der Ureter war frei von Concrementen, die Blase klein, zusammengeschrumpft ; Leber und Milz vergrössert, die übrigen Organe der Bauchhöhle normal.

---

*) Es durften nur die Nieren nachgesehen werden.

Bemerkenswerth ist in diesem Falle die Thatsache, dass das Befinden dieses Mannes fast bis zum Tode nicht gestört war, trotzdem die vorhandene Niere jedenfalls seit Jahren krank gewesen ist.

Die Vermuthung liegt nahe, dass die seit Jahren bestanden habende interstitielle Nephritis eine Verödung der *Glomeruli* und ein Zugrundegehen der Harnkanälchen durch fettige Degeneration herbeiführte in Folge der Bindegewebswucherung. Freilich kommen ähnliche Verhältnisse auch im zweiten Stadium der parenchymatösen Nephritis vor; doch sind dieselben wohl immer von eingreifenden Störungen (Albuminurie u. s. w.) begleitet, welche in unserem Falle gänzlich fehlten.

220 Ost 10. Str.

(Als Manuskript gedruckt.)

Ueber das Kontagium der Syphilis.

Zweite Mittheilung von I. Disse und K. Tagushi.[1])

Da die Veröffentlichung der angekündigten ausführlichen Abhandlung über das syphilitische Kontagium sich länger hinausschieben dürfte, als wir ursprünglich annahmen, so ziehen wir vor, einstweilen, als eine erste Vervollständigung unserer früheren Mittheilung (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1885, No. 48 [2]) eine genaue Darstellung der Form und Entwicklung derjenigen Spaltpilze zu geben, die die Träger des Kontagium sind.

Der *Kupferstich* Fig. 1. zeigt die Sporen, die sich in einer einem syphilitischen Individuum entnommenen Blutprobe, und zwar in einem Gesichtsfeld des Mikroskops fanden. Die Blutkörperchen sind nicht gezeichnet, die Zeichnung ist ausgeführt bei System $\frac{1}{12}$, Ocular 2 von Zeiss, mit Benutzung der Abbé'schen *Camera lucida*, bei offenem Condensor. Nur wenige Sporen erschienen nackt; die meisten haben eine dicke, sich schwach färbende Hülle.

Der Durchmesser der vollkommen kugeligen Sporen beträgt 0,0008 mm. Man findet öfters, dass die Hülle sich nicht färbt, und dann in Balsampräparaten überhaupt unsichtbar ist; bei andern Blutproben färbt sich wieder die Hülle bei der Mehrzahl der Sporen, und wird sichtbar.

Es ist nun noch nicht gelungen, die Bedingungen dieses verschiedenen Verhaltens klar zu legen. Wenn aus Reinkulturen entnommene Proben in geeigneten Flüssigkeiten (neutralisirter Fleischbrühe oder Jod-Jodkaliumlösung) beobachtet werden, zeigen alle Sporen eine deutliche Hülle; wir schliessen daraus, dass auch die im Blut befindlichen sämmtlich eine Hülle besitzen.

Aus Kulturen, die man aus dem Blute syphilitischer Individuen züchtet, entnimmt man am besten ein Probe vermittelst ausgeglühten Platindraths, vertheilt selbe in möglichst dünner Schicht auf einem sorgfältig gereinigten und durch die Flamme der Spirituslampe gezogenen Deckglas, trocknet ungefähr eine Minute an der Luft, und legt darauf das Deckglas für einige Minuten in absoluten Alkohol. Dann kann man in Bismarckbraun, Fuchsin oder Gentianaviolet färben; wir können nur die Anwendung der Gram'schen Methode anrathen, die die schönsten Präparate binnen kürzester Zeit liefert.

[1]) Wie uns von den Autoren mitgetheilt wird, ist diese zweite Mittheilung in No. 42 der *Deutschen Med. Wochenschrift* ebenfalls erschienen.

[2]) S. New Yorker Medizinische Presse, Bd. I., No. 4; S. 174-176.

Nach dem Aufhellen schliessen wir in Xylol-Canadabalsam, oder in eine Lösung dieses Balsams in Terpentinöl ein.

Man findet, bei Untersuchung der Präparate mit homogener Immersion und Beleuchtungsapparat (Fig. 2):

a) Viele einzelne, kugelige Gebilde von 0,0008 mm. Durchmesser. (Fig. 2, a) Sporen.

b) Kurze Stäbchen mit gefärbten, abgerundeten Enden und einem hellen Mittelstück, durch welches, wie durch eine Querlinie, das Stäbchen halbirt wird. Die Länge des Stäbchens beträgt 0,0018 mm., die Breite ist etwas kleiner als die Hälfte der Länge. (Fig. 2, b.)

c) Trifft man vielfach Stäbchen, im Bau den vorigen gleich, aber dicker; dieselben legen sich sowohl mit ihren Enden, als auch mit den Seitenflächen an einander, und gruppiren sich zu Ketten und Haufen. Zuerst bemerkt man die gefärbten, nahezu kugeligen Enden, und man ist im Zweifel, ob es sich nicht etwa um Aggregate von Mikrokokken handeln könnte. Wo indessen diese Gebilde einzeln liegen, überzeugt man sich leicht von ihrer Stäbchennatur. (Fig. 2, c.)

d) Selten sind Stäbchen, die aus drei an einander gereihten Kugeln zu bestehen scheinen. Man kann von deren Aussehen sich eine Vorstellung machen, wenn man eine Spore (Fig. 2, a) an das eine Ende eines Stäbchens (c) angesetzt denkt. Wahrscheinlich entstehen diese, 0,0027 mm. langen Gebilde durch Verkleben einer Spore mit einem Stäbchen.

Eine Hülle ist an all' diesen Formen vorhanden; man nimmt sie aber, da sie ungefärbt bleibt, nur schwer wahr. Deutlich tritt sie hervor, wenn man eine Probe aus einer Kultur in einem Tropfen neutralisirter Fleischbrühe am Deckglas vertheilt, die Flüssigkeit eintrocknen lässt, und das Präparat nach der Gram'schen Methode färbt.

In einer drei Tage auf Nährgelatine bei ungefähr 37° C. aufbewahrten Kultur fand sich eine etwas abweichende Form von Stäbchen; dieselben waren in der Mitte breit, mit etwas schmäleren Enden, dabei war die Mitte hell, die Enden gefärbt (Fig. 3). Später enthält die Kultur nur die gewöhnlichen Stäbchen und Sporen. Aus den gleich zu erwähnenden Beobachtungen ergiebt sich, dass es sich hier um Uebergänge der Sporen in die Stäbchenform handelt.

Man kann in neutralisirter Fleischbrühe, im hängenden Tropfen, die Bacillen lebend beobachten; sie zeichnen sich durch eine ausserordentliche Beweglichkeit aus, die proportional der Temperatur zunimmt, und es ist deshalb geboten, einmal nur eine ganz geringe Anzahl von Spaltpilzen in den hängenden Tropfen zu bringen, und ferner bei 20° bis 25° C. zu beobachten. Ist die Temperatur höher, so gelingt es nicht, dauernd ein und dasselbe Objekt im Gesichtsfelde zu behalten.

Gruppenbildung findet innerhalb der Flüssigkeit nicht statt; die Stäbchen bewegen sich einzeln, und erweisen sich als Individuen, deren jedes von einer breiten, glänzenden Hülle umgeben ist. Die Enden jedes Stäbchens erscheinen dunkel, die Mitte hell; die dunkeln Enden entsprechen genau den gefärbten Partien der Balsampräparate. Das Lichtbrechungsvermögen der hellen Mitte ist von dem der Hälfte verschieden, daher sieht man die helle Mitte auch an Balsampräparaten immer leicht, die Hülle nur sehr schwierig. Am lebhaftesten bewegen sich die kleineren Stäbchen (Fig. 2, b); die Bewegung ist eine schraubenförmige, indem das vorschreitende Stäbchen fortwährend sich um seine Längsaxe dreht. Dabei knickt das Stäbchen beständig ein, wobei

Fig. I.

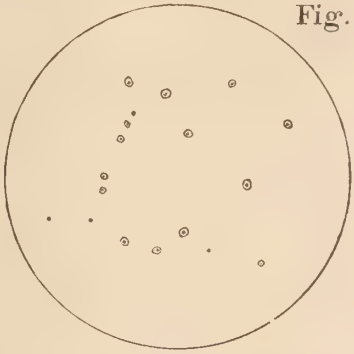


Fig. II.

Fig. III.

die helle Querlinie wie ein Gelenk sich verhält, das die beiden Enden verbindet.

Die Richtung der Bewegung eines Stäbchens wechselt oft.

Die dickeren Stäbchen bewegen sich fast gar nicht ; ihre kugeligen Enden glänzen stärker, als die der kleineren Stäbchen; man sieht, dass dieselben sich innerhalb der Hülle verschieben, und bald einander sich bis zur Berührung nähern, bald sich von einander entfernen, so dass das helle Mittelstück des Stäbchens breiter erscheint. Auch verändern die glänzenden Endstücke manchmal langsam ihre Form ; ein Durchmesser wird grösser als der andere, und man sieht ab und zu einen hellen Fleck in jedem Endstück auftreten, der meist bald wieder schwindet. Oft legen sich zwei in diesem Stadium befindliche Stäbchen neben einander, und scheinen vermittelst ihrer Hüllen an einander zu haften. Wenigstens sieht man solche Stäbchenpaare langsam um eine gemeinsame Axe rotiren.

Die selten vorkommenden dreigliedrigen Stäbchen bewegen sich nur sehr langsam.

Plötzlich entfernen sich die beiden Endstücke eines ruhenden Stäbchens rasch von einander ; die Hülle reisst, und jedes Endstück wird fast augenblicklich durch Sonderung seiner Substanz zu einem Stäbchen mit dunkeln Enden und hellem Mittelstück, das sich unter lebhafter Eigenbewegung aus dem Gesichtsfelde entfernt. Die in Figur 3 dargestellten Formen sind offenbar während dieser Umformung zu Stäbchen fixirte Endstücke oder S p o r e n.

Wir haben nicht entscheiden können, wo die zerrissene Hülle der Stäbchen bleibt, und wie sich um ein junges Stäbchen die Hülle bildet. In einzelnen Fällen haben wir aber auch beobachtet, dass nach dem Zerreissen der Hülle jedes der frei gewordenen Endstücke zu einer Kugel wird, die sich mit einer Hülle umgiebt und einstweilen in Ruhe bleibt (Dauerspore).

Es werden also die dunkeln Endstücke eines jeden Stäbchens z u S p o r e n, die, durch Zerreissen der Hülle frei geworden, entweder zunächst in Ruhe b l e i b e n oder aber sehr rasch zu Stäbchen sich umformen. Zur Zeit der Sporenreife verliert das Stäbchen die Beweglichkeit und wird dicker. Freie Dauersporen, junge und sporenhaltige Stäbchen finden sich in jeder Kultur, sowie im Blut geimpfter Thiere, jederzeit nebeneinander vor.

Die Form eines jeden Stäbchens kann man einem Doppelpunkte (:) vergleichen, wobei das Intervall zwischen den Punkten der hellen Mitte entspricht.

Wir bemerken noch, dass die, in direkt dem Blut geimpfter Thiere entnommenen Proben sich findenden Bacillen etwas grösser erscheinen, als die aus Kulturen.

Den konstanten Befund von Doppelpunkt-Bacillen im Sekret ulzerirter Indurationen und breiter Kondylome bei Menschen haben wir schon früher (erste Mittheilung) erwähnt ; bei den durch Impfung infizirten Thieren finden sich diese Bacillen, ausser im Blute, im Harn vor, sobald die Nieren erkrankt sind, und ausserdem im Perikardialserum. In beiden Flüssigkeiten kann man die Bacillen direkt, in einzelnen Tropfen, nachweisen und konstatiren, dass dieselben leben; am einfachsten ist der Nachweis durch den Kulturversuch. In allen Fällen, bei Kaninchen, Hunden, Schafen, gelang eine jede Kultur aus Harn oder Perikardialserum, woraus hervorgeht, dass die Anzahl der Bacillen in den betreffenden Medien sehr bedeutend ist; die Färb-

barkeit der Bacillen, die im Harn sich vorfinden, ist beträchtlich vermindert.

Aus unserer Beschreibung ergiebt sich, dass die Doppelpunkt-Bacillen gänzlich von den von Lustgarten gefundenen verschieden sind, hingegen scheinen sie uns mit den von Aufrecht und Birch-Hirschfeld beschriebenen identisch zu sein (vgl. Aufrecht, *Centralblatt f. d. med. Wissenschaften*, 1881, S. 228; Birch-Hirschfeld, ebenda, 1882, S. 582).

Tokio, den 31. Januar 1886.

Späterer Zusatz:

Beide Autoren bezeichnen die fraglichen Bakterien als "Kokken"; man kann sie "Diplokokken" nennen, wenn man mit De Bary diesen Namen solchen Kokken giebt, die nach der Theilung zusammenbleiben und sich wie ein einziges Individuum verhalten.

Die Beziehungen zwischen Chorea, Rheumatismus und Endocarditis.[1]

Von Dr. J. Morvay-Rottenberg.

Die oft ventilirte Frage, ob zwischen der *Chorea minor* und der *Endocarditis* (mit und ohne Gelenkrheumatismus) ein Zusammenhang existire, und wenn ja, welcher Natur derselbe sei, ist von Dr. Prior, Dozenten für Medizin in Bonn, in der *Berliner Klinischen Wochenschrift* (No. 2, 1886) wieder zur Sprache gebracht worden. Da derselbe die diesbezügliche Literatur genau und gründlich angiebt und erörtert, so wird, glaube ich, den Lesern der N. Y. Med. Presse eine Darlegung sowohl seiner Ansichten wie auch derjenigen der verschiedenen von ihm citirten Autoren willkommen sein.

Dr. Prior theilt seine von ihm beobachteten 92 Choreafälle in 3 Gruppen ein; in die erste Gruppe reiht er diejenigen 85 Fälle von Veitstanz ein, bei welchen weder aus der Anamnese, noch nach längeren und gründlichen Beobachtungen eine Erkrankung des Herzens nachgewiesen werden konnte; in die zweite Gruppe reiht er einen Fall ein, wo die 10jährige Patientin vor mehreren Monaten an einem Herzfehler gelitten haben sollte, und 14 Tage vor dem deutlichen Auftreten der Chorea Gelenkrheumatismus vorhanden war; ein Herzfehler war zur Zeit des Ausbruches der Chorea nicht zugegen; in die dritte Gruppe reiht er vier Chorea-Erkrankungen ein, von denen bei dreien schon Jahre vor Ausbruch der Chorea Mitralinsuffizienz ohne Gelenkrheumatismus konstatirt wurde, und bei der vierten 14 Jahre alten Patientin eine vor 7 Jahren vorausgegangene *Polyarthritis rheumatica acuta*, mit einer noch jetzt bestehenden typischen *Insufficentia bicuspidalis*, nachzuweisen war.

Bevor ich Dr. Prior's eigene Folgerungen hier niederschreibe, halte ich es für zweckmässig, die diesbezügliche Literatur durchzublättern und hervorzuheben, dass nachdem Copeland und Babington, zwei englische Aerzte, auf den Zusammenhang zwischen Chorea und Gelenkrheumatismus hinwiesen, in Frankreich von der Pariser Akademie eine Preisaufgabe über die Chorea ausgeschrieben wurde, in welcher der preisgekrönte Sée sich den Ansichten der früher genannten englischen Aerzte anschloss. Die Frage bezüglich der Coincidenz der Chorea und

[1]) S. desselben Verf. Arbeit in No. 2 des II. Bandes (S. 56–60) über: Komplikationen von *Urticaria* und *Chorea dimidiata* nach *Rheumatismus acutus*.

Gelenkrheumatismus wurde dadurch der ganzen medizinischen Welt geläufig. Es kann uns daher nicht Wunder nehmen, dass in den verschiedenen Ländern nur statistische Daten ohne theoretische Erörterungen geliefert worden sind; von welchen diejenigen von Hughes[1] in Guy's Hospital beobachteten 100 Fälle von Chorea hervorzuheben sind. Nur 14 dieser Fälle waren mit Rheumatismus und Herzaffektion komplizirt. An diese Daten reiht sich von demselben Autor in Verbindung mit E. Burton Brown ein zweiter Bericht, in dem 209 Fälle von Chorea aufgezählt werden, und zwar sind 104 Fälle sowohl auf Anamnese als auch anderweitig gründlich untersucht. Nur 15 Fälle fanden sich, bei denen rheumatische Zufälle nicht vorangegangen waren und bei denen ein Herzgeräusch nachgewiesen werden konnte: ein sonderbarer Kontrast bei ein und demselben Beobachter.

Kirkes[2] behauptet, dass Chorea beinahe immer mit Endocarditis verbunden sei und will den Zusammenhang so erklären, dass von den Herzklappen entzündliche Auflagerungen losrissen, sich dem Blutstrom beimischten und so die Funktionen des Nervencentrums störten. Aber die sogenannte "rheumatische Diathese," d. h. dass Chorea mit Rheumatismus aus einer gleichen Ursache entstehe, gibt er nicht zu. Sée,[3] der unter 128 Chorea-Erkrankungen 61 gefunden, bei denen Rheumatismus und Herzaffektion gleichzeitig vorhanden waren, bestrebt sich jedoch zu beweisen, dass die Chorea in allen Fällen der Peri- und Endocarditis von einer rheumatischen Diathese abhängig sei, da er sich keine Entzündung seröser Häute ohne diese denken kann; aber wie die uncoordinirten Symptome der Chorea durch Rheumatismus hervorgerufen werden, erklärt er nicht; wahrscheinlich ist es auch unerklärbar!

Bright ist der Ansicht, dass ein Zusammenhang zwischen Chorea und Pericarditis durch Reizung der *Nervi phrenici* zu Stande kommen könne, und dem anschliessend sagt Lyon, dass auch die Reizung der Nervenendigungen im Endocardium bei zur Chorea disponirten Leuten dieselbe hervorrufen kann.

Roger,[4] der unter 71 Choreafällen 47-mal einfache Endocarditis, 19-mal Endopericarditis und 5-mal einfache Pericarditis am Lebenden gefunden hat, geht noch weiter, indem er behauptet, dass zwischen Chorea, Gelenkrheumatismus und sekundärer Herzaffection ein kausaler Zusammenhang bestehe, und er unterscheidet desshalb kurzweg eine *Chorea rheumatica, Chorea cardiaca* und *Chorea rheumatico-cardiaca.* Aber welcher Prozess der anfängliche ist, könne man nicht mit Sicherheit sagen; er behauptet sogar, dass diejenigen Kinder, welche den akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht haben, zur Chorea disponirt seien, und umgekehrt.

Diesen Ansichten huldigt bekanntlich auch Dr. A. Jacobi, der im Jahre 1875 seine diesbezüglichen reichen Erfahrungen in einer 38 Seiten umfassenden Abhandlung unter dem Titel *"Acute Rheumatism in Infancy and Childhood"*[5] veröffentlichte, welche ich zur eingehenden Information angelegentlichst empfehlen möchte.

In deutschen medizinischen Kreisen verursachten diese Anschauungen Aufsehen und Widerspruch. Steiner veröffentlichte noch im selben

[1]) Von Ziemssen, Chorea, pag. 404.

[2]) *Medical Times and Gazette,* 1863.

[3]) *Wiener Med. Jahrb.*, 21, 1885, pag. 125–126.

[4]) Von Ziemssen, Chorea, pag. 405.

[5]) A series of "American Clinical Lectures," No. 5; Putnam & Sons, New York.

Jahre einen Bericht über 252 Chorea-Erkrankungen, von denen nur 4 Fälle mit Gelenkrheumatismus verbunden waren, demzufolge er die Coinzidenz der Chorea und ihrer Komplikationen einfach verneinte. Hingegen nähert sich Henoch Roger's und Jacobi's Ansicht, nachdem er 15 Choreafälle mit 5 Fällen von Gelenkrheumatismus und seinen Komplikationen veröffentlichte. Auch West[1] fand unter 93 Fällen bei 35 die Komplikation mit rheumatischen Erkrankungen.

Von Ziemssen glaubt nicht an einen gesetzmässigen Zusammenhang zwischen den beiden Krankheiten, wenn er auch gewisse Beziehungen der Chorea zur Endocarditis anerkennt.

Leube[2] sagt, dass ein Unterschied zwischen den zwei Krankheiten schon darin liegt, dass Chorea niemals, *Rheumatismus acutus* und dessen Komplikationen fast immer von Fieber begleitet sind, und dass *Natron salicylicum* auf Chorea gar keine Heilwirkung ausübt.

Auch leugnet er, dass ein indirekter Zusammenhang zwischen Chorea, Rheumatismus und Herzkrankheiten bestehe, was schon daraus erklärlich sei, dass Chorea im Gegensatze zu Herzklappenfehlern so selten vorkomme; das Ueberstehen einer Endocarditis disponire zwar zu Chorea, aber deren Entstehung sei auf eine chemisch-infektiöse Ursache zurückzuführen.

Broadbent stellte die kapilläre Embolie als Bindeglied zwischen Chorea und Endocarditis auf; was Leyden,[3] als bisher nicht erwiesen, leugnet; auch L. Mayer hält diese Idee, den Zusammenhang auf diese Weise erklären zu wollen, nicht für glücklich.

Von Niemeyer-Seitz wird das Zusammentreffen von Chorea, Rheumatismus und Herzaffektion nicht als konstant betrachtet, wenn man auch nicht leugnen kann, dass viele Choreakranke entweder früher oder während oder nach dem Verlauf der Chorea an Rheumatismus litten, leiden oder später davon befallen werden. Ebenso hören wir oft von Anämie oder Innervationsstörungen bedingte Herzgeräusche, und auch sehr häufig finden wir wahre Klappenfehler.

Lebert[4] und Strümpell[5] anerkennen den Zusammenhang zwischen Chorea und Endocarditis, schliessen sich aber nichtden Ansichten der französischen und englischen Aerzte an.

Eichhorst[6] sagt, dass die Chorea bei Herzkrankheit auf reflektorischem Wege entstehe, indem das erkrankte Herz den *Nervus phrenicus* mechanisch reizt.

Nach Virchow,[7] der die Entstehung der Chorea durch den Rheumatismus nicht erklärt sieht und auch die Ansicht anderer Autoren nicht theilen kann, bliebe das eigentliche Räthsel noch ungelöst.

Dr. S. H. Scheiber stellte in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest in der Sitzung vom 6. März 1886 einen $14\frac{1}{2}$-jährigen Knaben mit Chorea posthemiplegica vor, in welchem seiner Ansicht nach die Chorea mit der Hemiplegie in gar keinem Zusammenhang steht. Er leitet die Chorea von einer Embolie her, und denkt sich deren Zustandekommen auf die Weise, dass, als Patient eine Nacht von schreckhaften Träumen

---

[1]) "Diseases of Infancy and Childhood," 1883.

[2]) *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, XXV., 2 und 3, pag. 242.

[3]) Rückenmarkskrankheiten, I., p. 70.

[4]) *Jahrbuch für prakt. Medizin*, II., p. 537.

[5]) *Spec. Path. u. Therapie*, 1884, II., p. 392.

[6]) *Spec. Path. und Therapie*, 1885, III., p. 434.

[7]) *Pathologie und Therapie*, 4. I., pp. 164, 165.

und Hallucinationen gequält wurde, zahlreiche kleine (kapilläre) Embolien die Rinden der linken Hirnhemisphäre überschwemmten. Später entwickelte sich aber eine allgemeine Chorea, welche er auf die Weise erklärt, dass die die rechtsseitige Hemichorea verursachende Rindenläsion als Gelegenheitsursache zur Entstehung einer uns noch unbekannten funktionellen Störung in dem übrigen Theile des Gehirnes dient. Diese wiederum bildet das Substitut der gewöhnlichen Chorea. Auch in diesem Falle war eine Insuffizienz der Bicuspidalis und eine chronische Sprunggelenksentzündung vorhanden.

In dieses Labyrinth von Meinungen noch weiter eindringen zu wollen, würde den Zweck dieser Zeilen, welche nur zu weiteren Beobachtungen anregen sollen, überschreiten. Nur ein Punkt soll noch etwas besprochen werden. Es ist der, dass die Chorea kein genetisch und anatomisch in bestimmter Weise charakterisirbarer Krankheitsprozess ist, sondern als ein neuropathischer Symptomenkomplex betrachtet werden muss, welchem oft eine erbliche Anlage (Diathese) zu Grunde liegen mag.

Um was es sich bei der erblichen Anlage oder Diathese handelt, ob Anomalieen des Nervensystems oder des Cirkulationsapparatus oder Beider zusammen vorhanden sind, darüber sind wir noch vollständig im Unklaren. Denn wenn wir auch zugeben müssen, dass die Chorea bei manchen Familien — besonders nach Angabe von Huntington und Ewald — besonders häufig auftritt, so können wir dies doch nicht als alleinige Ursache annehmen und müssten daher auch nach anderen speziellen Gelegenheitsursachen forschen. Unter denselben sind vor Allem psychische Einflüsse und infektiöse Schädlichkeiten in erster Reihe zu nennen; denn wie oft hören wir es von der Umgebung der mit Chorea befallenen Kranken, dass die ganze Krankheit nur von Schreck herkomme! Wie oft wird Chorea ferner bei verschiedenen infektiösen Krankheiten als Nachkrankheit oder Komplikation beobachtet! Dass aber auch lokale Krankheitsreize in sehr verschiedenen Organen zur Entstehung der Chorea Gelegenheit geben, sucht Eichhorst dadurch zu begründen, dass Chorea sehr häufig bei Zahnerkrankung, namentlich nach Zahnextraktionen auftritt und führt einen Fall an, wo bei einem 18jährigen, anämischen Manne ein Rezidiv der bereits geheilten Chorea unmittelbar nach einer Zahnextraktion folgte.

Bei Gastrointestinalreizungen, Helminthen, besonders Oxyuren und Ascariden der Kinder, bei anhaltender Reizung des Penis in Folge von Phimose, bei Reizung der weiblichen Genitalien in Folge verlängerter oder entzündeter Clitoris tritt Chorea ebenfalls auf und verschwindet, wenn die Ursache behoben wird, wie jedem praktischen Arzte wohlbekannt. In *Chorea Gravidarum*, welche namentlich bei anämischen und nervösen Erstgebärenden beobachtet wird.

Ob in diesen Fällen auch noch eine Herzaffektion und Rheumatismus oder doch eines von Beiden vorhanden war oder gewesen war, ist schwer zu sagen. Die meisten Autoren pflegten ihre Aufmerksamkeit der von ihnen für wahrscheinlich richtig gehaltenen Aetiologie zuzuwenden und sind desshalb die meisten Beobachtungen nicht für eine entscheidende Statistik verwerthbar. Um nun diese unzweifelhaft vorhandenen, noch nicht genau gekannten Beziehungen zwischen Chorea, Rheumatismus und Endocarditis genauer kennen zu lernen, sind exakte Beobachtungen und genaue Aufzeichnungen nöthig; ferner sind pathologisch-anatomische Befunde nothwendig, so weit dieselben erhältlich sind.

Ich möchte daher die Kollegen auf den von einem Comité des Internationalen medizinischen Congresses aufgestellten Fragebogen aufmerksam machen, durch welchen derartige Kollektiv-Untersuchungen systematisch betrieben werden sollen. Dieselben werden auf Wunsch jedem praktischen Arzte von Dr. A. Jacobi zugestellt.

Zum Schlusse noch will ich einen Fall von Chorea in gedrängter Kürze mittheilen, der erst jüngst unter meiner Beobachtung und Behandlung war.

Cäcilia F., 8 Jahre alt, von mittelmässiger Grösse, mit mässig entwickeltem Knochen- und Muskelsystem, dunkelhaarig, mit braunen Augen, schwerhörig (nicht von Geburt an), in ihren Kinderjahren Scharlach und Diphtherie überstanden. Vater gesund, die Mutter aber seit 5 Jahren an chronischem Gelenk- und Muskelrheumatismus leidend (ohne nachweisbaren Herzfehler). P. klagte vor 3 Jahren über Herzklopfen und Gliederschmerzen und wurde darauf — damals noch in Europa — von Chorea beiderseits befallen, welche 1 Jahr lang anhielt und hernach 6 Monate stillstand, um später hierzulande noch heftiger aufzutreten.

Nachdem Patientin während eines Zeitraumes von 15 Monaten in Heilanstalten und zu Hause von verschiedenen Kollegen behandelt worden war, ohne jedwede Besserung der Chorea — kam sie vor einiger Zeit unter meine Behandlung.

Ich gab ihr Arsenik und zwar in der üblichen Form der *Solut. Fowleri*, verdünnt mit *Aq. Menth. piperit* und wandte Elektrizität an. Nach Verlauf von 3 Monaten genass die kleine Patientin vollständig; auch ihre hochgradige Nervösität verlor sich fast vollständig. Ich hatte seitdem mehrfach Gelegenheit, das Kind zu sehen und ist dasselbe — bis auf die erwähnte Schwerhörigkeit — völlig gesund.

Dr. E. Arning's Bericht über Lepra.*

Von Dr. Ludwig Weiss, New York.

Einen sehr interessanten Bericht erstattet Dr. Edward Arning in Honolulu (Sandwich-Inseln), an den Gesundheitsrath daselbst über seine Untersuchungen der Lepra, welcher in vielen Beziehungen geeignet ist, so manche bisher bekannte Thatsachen über diese neuerdings als dringende Tagesfrage obenanstehende Krankheit zu bekräftigen und gleichzeitig neue Gesichtspunkte zu eröffnen. Verf. selbst sieht seinen Bericht nur als skizzenhaft an, indem er in einer grösseren Publikation sich des Weiteren auszulassen vorbehält. Beginnend mit dem klinischen Theil, die allgemeinen geschichtlichen Angaben über Lepra und deren Aetiologie und Symptomatologie beim betroffenen Individuum enthaltend, beklagt er sich über den Mangel an verlässlichen Angaben infolge des Indifferentismus der Hawaier für ihre Gesundheit und ihrer mangelnden Selbstbeobachtung. Wahrheit und wissentliche Täuschung gehen derartig Hand in Hand, dass es sich als unmöglich herausstellte, auf dieser Basis den Beweis über hereditäre oder congenitale Uebertragung der Lepra in diesem Inselreiche zu führen. Im Verlaufe seiner klinischen Untersuchungen unterscheidet er Fälle, welche während mehrerer Jahre nur dieses oder jenes Symptom der Lepra aufwiesen, deren Diagnose daher äusserst schwierig blieb. Diese Fälle gehören zur Gruppe der

---

*) Veröffentlicht im: *Pacific Medical and Surgical Journal;* June 1886.

Leprösen Nerven-Affektionen. A. nennt sie abortive Lepra und wagt die Behauptung, dass diese Form ein Ausdruck der abnehmenden Virulenz sei. Trotzdem könnte die Annahme berechtigt sein, dass in diesen Fällen das Virus vielleicht nur latent wäre; andererseits könnte die Deutung zulässig sein, dass dasselbe sich erschöpft habe. Diese Frage könne endgültig erst nach Jahren entschieden werden, nach welchen er auf Grund der aufgezeichneten ausführlichen Daten in das Inselreich zurückkehren und seine Untersuchungen beschliessen werde.

Bezüglich der Gegenwart des *Bacillus Leprae* kam er zu dem Schlusse, dass derselbe sich reichlich sowohl in den Knötchen der tuberkulösen Form als in den diffusen Anschwellungen vorfindet. Gleich reichlich ist er in den Knötchen und diffusen Infiltraten der Schleimhäute jedes Organes zu finden. Wo immer diese Knötchen und Knoten zerfallen, ist der Bacillus mit den betreffenden Sekreten gemischt vorfindlich. Im Munde in dem Speichel, bei lepröser Diarrhöe — welche der Dysenterie sehr ähnelt, — in den Faeces. Bei der sog. Lepra anaesthetica ist er nicht in den anästhetischen Flecken, sondern in den diese Stellen versorgenden Nerven zu finden.

Nicht vorfindlich ist der Bacillus in den hellrothen Flecken im Gesicht, mit deren Erscheinen die Lepra öfters ihre Invasion hält. Er betrachtet diese als vasomotorische Kongestion, herrührend von der leprösen Erkrankung der betroffenen Nerven.

Ebenfalls nicht vorfindlich ist er im Harn der Leprösen, welch' letzterer von den Chinesen als Infektionsträger angesehen wird, und in dem Blute der Kranken. Trotz aller angewandten Färbemethoden gelang es ihm nicht, den Bacillus im Blute nachzuweisen, trotzdem er sich der Annahme nicht erwehren kann, dass dieselben im Blute vorhanden sein könnten, und dass dieselben sich vielleicht nur als kleinste Sporen darin finden, ohne dass es mit den bisher gekannten Tinktions-Methoden gelungen wäre, denselben sichtbar zu machen.

Bezüglich der Lepra anaesthetica führt er, gestützt auf die moderne Elektrodiagnostik, die Anästhesie und Lähmung auf einen peripheren Ursprung zurück; die Muskelatrophie und Kontraktur hat nichts Spezifisches an sich, dagegen sind die Knochen-Erkrankungen, die Art ihres Ergriffenwerdens, ihre Prädilektionsstellen, in denen sich Karies und Nekrose etablirt, und die daraus folgende Verkrüppelung für die lepröse Erkrankung charakteristisch.

Für pathologisch-anatomische Untersuchungen standen ihm 17 Autopsien zur Verfügung. Besonders überrascht war Arning über die schweren Veränderungen in den Lungen, der Leber, der Milz und den Gedärmen; dieselben boten ein überaus fremdartiges Bild und eine eingehendere Untersuchung belehrte ihn, dass die Lepra keine einfache Erkrankung der Haut und der peripheren Nerven sei und dass die bislang als Todesursache angesehene interkurrente Pneumonie, Tuberkulose, Phthisis und Dysenterie nicht als solche, sondern der destruktive Gewebsschwund als lepröse Infiltrationen anzusehen seien. Er empfiehlt daher eine diesbezügliche Nomenklatur, wie: *Phthisis leprosa, Enteritis leprosa,* etc.

Das allergrösste Interesse und den meisten Fleiss nahm natürlich die Bacillen-Untersuchung in Anspruch. Freilich ist dieser subtilste Theil der Forschung auch derjenige, der die meisten Enttäuschungen bietet.

Wer nicht in die Tiefen dieses modernen Forschungsgebietes eingedrungen ist, hat keine Ahnung von dessen Tücken und dessen Abhängigkeit von Zufälligkeiten, welche die Gefahr falscher Schlüsse trotz der grössten Wahrheitsliebe nahelegen. Es sind eben schlecht beobachtete Thatsachen! Dr. Arning's diesbezügliche Experimente umfassen:

1. Untersuchungen behufs Nachweis des Organismus der Lepra im Wasser, in der Luft und in der Nahrung.

2. Versuche, denselben ausserhalb des menschlichen Organismus zu züchten, und zwar auf den verschiedensten Nährböden.

Parallel damit gingen die Inokulationsversuche an Thieren und Menschen. Beide fielen bislang negativ aus. Zwar gelang es A. an der Impfstelle noch nach Monaten Bacillen nachzuweisen, allein die allgemeinen Symptome der Lepra dadurch zu erzeugen war unmöglich. Dr. Arning war, wie selten ein Lepraforscher, in der angenehmen Lage am Menschen experimentiren zu dürfen, indem ihm auf sein Ansuchen der zum Tode verurtheilte Mörder Keanu, dessen Strafe man demzufolge auf lebenslängliche Haft umänderte, überlassen wurde. Sowohl die vigoröseste körperliche Untersuchung, als auch dessen Familiengeschichte, soweit dieselbe eruirt werden konnte, schloss jede leprose Belastung aus. Nachdem der Verurtheilte seinen schriftlichen Konsens gegeben, wurde derselbe am 30. September 1884 von Dr. Arning geimpft. Gleichzeitig wurde darauf gesehen, dass der Gefangene nicht ausserhalb der Gefängnissmauern beschäftigt werde. Die ersten vier Wochen besuchte ihn A. täglich, später monatelang wöchentlich einmal und noch später ein bis zwei Mal im Monate. Jedesmal wurde neben rigoröser Untersuchung eine mikroskopische Beobachtung der Impfstelle bewerkstelligt. Bis März 1885 konnten daselbst Bacillen in grosser Zahl nachgewiesen werden, seit damals haben dieselben sich zwar an Zahl vermindert, doch findet sich in einem im Januar 1886 — also 14 Monate nach der Inokulation — exzidirtem Stücke noch immer Bacillen vor. Sonst aber ist kein Symptom einer ausgebrochenen Lepra bemerklich. A. selbst will aus diesem negativen Resultate noch keine Schlüsse ziehen und findet sein Experiment als nicht abgeschlossen und nicht beweisend. Im Anschlusse daran ergeht er sich in berechtigte Klagen über die sorglose Art und Weise der Kuhpockenimpfung in Hawai als möglichen Propagationsweg für die Lepra und empfiehlt er das Rothglühendmachen der Lanzette vor jedesmaligem Gebrauche, wie dies auch die Impf-Instruktion in Deutschland vorschreibt. Ob der Propagationsmodus durch Mosquitos, wie dies bezüglich der in den Tropen vorkommenden Elephantiasis nachgewiesen wurde, auch für die Lepra vorhält, will A. sich zu ergründen bemühen.

Die therapeutischen Versuche Dr. Arning's ergeben eine reichliche Auslese von übrigens bekannten Mitteln in veränderter Form. Indem er sich zu dem Bekenntniss gezwungen sieht, den Mangel eines Spezifikums gegen Lepra zu beklagen, verwirft er alle sonst angepriesenen Geheimmittel—mit Recht—als Quacksalberei und *Humbug!* Dagegen ermuthigt er nachdrücklichst zur sorgfältigen symptomatischen Behandlung, mit der man selbst in vorgeschrittenen Fällen Erkleckliches zu leisten vermag. Beginnende Fälle räth er in Gruppen zu theilen und dieselben mit den verschiedensten Mitteln, jedoch unter einer einheitlichen Aufsicht und in einem mit allen hygienischen Mitteln der Neuzeit ausgerüsteten Hospital, zu be-

handeln. Das alte, seit Jahrhunderten geübte System der Isolirung sei grausam und nur zum kleinen Theil wirksam. Besonders wird des oft überraschenden Effektes der elektrischen Behandlung, der nothwendigen chirurgischen Operationen, wie Sequestrotomie, Nervendehnung, Durchschneidung und Streckung kontrahirter Muskeln und Sehnen, etc., gedacht.

Die von A. geübte spezielle Therapie umfasst in Kürze folgende Mittel:

Den äusserlichen Gebrauch der Salicyl- und Pyrogallussäure fand er als unzweifelhaft wirksam für die symptomatische Lokalbehandlung. Lepröse Tuberkel wurden damit zerstört und diffuse Infiltrate mittelst einer 10prozentigen Salicyllösung in Oelsäure erweicht; ja in einigen Fällen gelang es die theilweise Sensibilität dieser Plaques herzustellen. Besonders die die Invasion der tuberkulösen Lepra begleitenden auffallend rothen Plaques, welche oft, ohne abzublassen, jahrelang bestehen, weichen schnell der lokalen Applikation einer 10prozentigen Salicyl-Salbe oder -Paste. Isolirt stehende Tuberkel und serpiginöse lepröse Papeln konnten durch eine starke Pyrogallussäurelösung gänzlich zum Schwinden gebracht werden.

Innerlich wurde, um reine Resultate zu erzielen, entweder gar nichts oder Salicylsäure in grossen Dosen verabfolgt. In einem Falle wandte A. eine sehr eingreifende Schwefelbehandlung an, und zwar innerlich in der Form des Natronhyposulphits, und äusserlich wurde Patient der Einwirkung der Gase der schwefeligen Säure eine Stunde lang täglich ausgesetzt. Die grösseren Tuberkel im Gesichte wurden durch Kompression und tiefe Injektionen von absolutem Alkohol, welche einen prompten Zerfall mit nachfolgender Vernarbung herbeiführten, behandelt. Doch vertauschte A. alsbald diese sehr schmerzhafte Methode gegen die weniger eingreifende und wirksamere Pyrogallussäure.

Auch das so viel missbrauchte Quecksilber zog A. in das Bereich seiner Behandlungsmethoden, und zwar sowohl als allgemeine Behandlung wie als lokale Applikation in der Form von hypodermatischen Injektionen von Sublimat, 0,01g *pro die*. Ein Patient bekam, neben Exzisionen an seinen verdickten Ohrmuscheln und tiefen Skarifikationen daselbst das eine Mal ein Reihe von 100, und das nächste Mal eine solche von 60 Injektionen, während ein anästhetischer Flecken am Rücken und der anästhetische linke grosse Zehen erfolgreich durch Elektrizität behandelt wurden. Derselbe fühlt sich vollständig wohl und gesund und sieht keineswegs verdächtig aus, obwohl A. ihn keineswegs vor Ablauf einer Reihe von Jahren als geheilt ansieht. Auch Kreosot in Pillenform und Karbolsäure in Form einer 5prozentigen Lösung hypodermatisch wurden versucht und zwar mit ziemlichen Erfolge, indem darnach in einem anästhetischen Flecken im Gesichte sowohl Farbe als Empfindung wiederkehrten; Jodkalium zeigte gar keine Wirkung. Eine Eingeborene mit kompleter Anästhesie des linken Armes und seit 10 Jahren bestehender Handkontraktur, war nach Verabfolgung von 18 Monate lang fortgesetzten hohen Dosen von arseniger Säure — bis 0,09 *pro die* — im Stande bei vollständiger Wiedergewinnung der Empfindung mit ihren Fingern feine Näharbeit zu thun.

Für die lästigen Symptome von Seite des Mundes, der Nase und des Halses, empfiehlt A. als *Palliativa* antiseptische Gurgelwässer, Salbentampons, etc., die neben Reinlichkeit noch vieles zu leisten vermögen.

Seine hygienischen Massnahmen sind von mehr lokaler Wichtigkeit für das Hawaiische Inselreich und können hier übergangen werden.

Alles in Allem ist die Lepraforschung Herrn Dr. Arning für seine streng wissenschaftliche und trotz grosser Widerwärtigkeiten mit Ausdauer und Hingebung geführten Untersuchungen zu Danke verpflichtet und darf jeder Fachmann, sowohl als das ärztliche Publikum im Allgemeinen, mit Spannung auf seine in Aussicht gestellte grössere Publikation warten.

REFERATE.

Chirurgie.

Theo. v. Heidenreich. — Zur Antiseptik auf dem Schlachtfelde. *Ctrbl. für Chirurgie;* No. 15, 1886.

Rochs. — Unter welchen Umständen ist das vom Soldaten im Kriege mitgeführte Verbandpäckchen von Nutzen. — *D. milit. ärztl. Ztg.* Heft III. p. 125; 1886.

H. giebt in Kurzem eine Beschreibung des von ihm auf dem V. Kongress russischer Aerzte in St. Petersburg im December v. J. vorgestellten antiseptischen Verbandpacketes für den ersten Verband auf dem Schlachtfelde. Als Desinfiziens nimmt er natürlich Sublimat u. z. 5,0 Zucker mit 0,02 Subl. zum Bestreuen der Wunde, zum Bedecken derselben 36 cm. im Quadrat Bergmann'scher Sublimatgaze (3-proz.) mit hygrokopischer Watte und Firnisspapier; befestigt wird der Verband mit einem dreieckigen Tuch (135 cm.: 88 cm.: 88 cm.) das mit 1-proz. Sublimatlösung desinfizirt ist und mit Sicherheitsnadeln befestigt wird. Sehr praktisch ist gewiss die Einfügung eines 0,3 Sublimat enthaltenden Flanellfilters, zum Filtriren und Desinfiziren des nöthigen Wassers, das auf dem Schlachtfelde in den seltensten Fällen in der wünschenswerthen Reinheit zu haben ist.

Da das ganze Packet nur 75 gr. wiegt und wenig Platz einnimmt, da es flach gelegt werden kann, und der Preis auch ein äusserst geringer (im Détail 40 Kopeken = 36 Cents) ist, kann man diese Zusammenstellung wohl als eine praktische Bereicherung der Armee-Ausrüstung begrüssen.

Wenn auch das Verbandpacket in der Armee überhaupt manchen Gegner hat, so wird doch Niemand leugnen können, dass im Kriege Umstände eintreten können, die den Militärarzt zwingen, auf diese Verbandpäckchen zu rekurriren, und sie dann ein sehr werthvolles, wenn nicht unersetzliches Aushilfsmittel bieten.

Kuemmel (Hamburg). — Wie soll der Arzt seine Hände desinfiziren? — *Ctrbl. für Chirurgie;* 1886. No. 17.

K. hat dieser, von Vielen leider noch zu wenig beachteten Frage in erstaunenswerther Weise seine Aufmerksamkeit geschenkt, denn dass die gründliche mechanische Reinigung der Hände vor der Desinfektion derselben mit zu den Hauptbedingungen der zu erhebenden Asepsis gehört, ist noch immer nicht zum Grundsatz der grossen Mehrheit — geschweige der Gesammtheit der Aerzte erhoben. Zur Feststellung der Wirksamkeit der Vorbereitungsmethoden für die Hände zur Operation hat K. die Hände direkt nach der Behandlung in Nährgelatine eingepresst. Er legt zwei Versuchsreihen an normalen (A) und an infizirten

Händen (B) vor. In Reihe A. beginnt die Vorbereitung stets mit einem drei Min. (für beide Hände) dauernden gründlichen Abbürsten mit warmem Wasser und Seife. Zur weiteren Behandlung benutzte er „sterilisirtes Wasser", „Carbollösung 5-proz. und 3-proz", „Sublimatlösung 1-proz.", Chlorwasser mit aq. dest. āā, in Thymollösung 6-proz. Diese Flüssigkeiten wurden mit der — selbstredend gänzlich desinfizirten — Bürste gründlich eine Min. lang eingebürstet. Als Resultat ergiebt sich, dass volle Sicherheit nur die Behandlung mit Carbollösung 5 Proz. in Aq. Chlor (wie oben) gab, während Carbollösung (3-proz.), Thymollösung (6-proz.) und Sublimatlösung (1-proz) zwar in den meisten Fällen genügten, aber doch in wenigen Fällen Bakterien-Kolonien sich entwickeln liessen, was bei Behandlung mit sterilisirtem Wasser regelmässig geschah. Bei seinen Versuchen, um nachzuweisen, ob bei direkt auf einander folgenden Verbandwechseln es genügt, die Hände zur Anlegung des neuen Verbandes nur mit der Desinfektions-Flüssigkeit zu behandeln, oder ob jedesmal die Vornahme der ganzen Prozedur nöthig ist, stellt sich das letztere heraus, da in allen anders behandelten Fällen am zweiten Tage sich Bakterien-Kolonien bildeten.

Für Reihe B. benutzt K. theils bei Sektionen, theils durch, bei solchen benutzte Schwämme infizirte Hände. Behandlung mit warmem Wasser, Seife und Bürste allein blieb völlig erfolglos. Nach derselben Vorbereitung erfolgte Anwendung von Bor-, Thymol- und Salicylsäure-Lösung wie auch von sterilisirtem Wasser gab ebenfalls in den meisten Fällen negatives Resultat. Auch Behandlung der Hände mit (Unna'scher) Ichtyolseife konnte die Entwickelung der Bakterien-Kolonien nicht verhindern — in geringerem Grade bei Anwendung der (Unna'schen) Sublimat-Seife. Nur Chlorwasser (mit aq. dest. āā.) und 5 proz. Carbollösung gaben bei gründlicher Bearbeitung vollständigen Erfolg.

Schliesslich macht K. noch das Experiment, beide Hände mit den, bis dahin als wirksam befundenen Desinfizientien (Carb. 5proz. Chlorwasser wie o.) verschieden, d. h. die eine Hand "weniger gründlich" — allerdings ein nicht ganz geeigneter Ausdruck — zu behandeln und stellte sich auch hierbei ein Unterschied zu Gunsten der "gründlicher" bearbeiteten Hand heraus.

Hiernach ist also zur genügenden Desinfektion der Hände unter normalen Verhältnissen ein tüchtiges Abreiben mit Bürste, Seife und warmem Wasser (3 Min. für beide Hände) und folgendes Abreiben mit Carbol- (3 pCt.) Sublimat- (1pCt.) oder Thymol-Lösung (6pCt.) für die meisten Fälle genügend, während bei stattgehabter Infektion (resp. Verdacht darauf) nach vorhergehendem Abbürsten der Hände wie o. während 5 Min. zur Desinfektion 5pCt. Carbols.-Lösung resp. Chlorwasser zur Verwendung kommen muss.

E. Souchon. —A case of "Post Mortem" Tracheotomy with resuscitation of the patient. — *New Orleans Medical and Surgical Journal;* November, 1886, p. 777.

S. fand den Patienten, einen 3 bis 4jähr. Knaben, der an Bronchitis und Glottis-Oedem litt, "todt" vor, als er mit den Instrumenten zur Tracheotomie zurückkehrte. Er machte schleunigst die Operation und gelang es ihm nach 3 Minuten durch Wiederbelebungsversuche das Kind in's Leben zurückzurufen. 30 Stunden später starb Patient an Bronchopneumonie.

E. von Doenhoff. — A rapid method in fractures.—*Progress*, Vol. I. No. 2. p. 55.

Verf. tritt mit grosser Wärme für ein frühzeitiges Entfernen der Kontentiv-Verbände bei Frakturen sowohl der Röhrenknochen, als der Gelenke ein. Den ersten Verband — für dessen Anlegung Narkose für ihn *conditio sine qua non* ist, und für den er Streifen von Sohlleder oder Guttepercha anwendet — entfernt er bei dem ersteren nach 10, bei dem letzteren nach 6 Tagen, und beginnt bei diesem schon dann leichte passive Bewegungen, zuerst alle 2 Tage in allmählig ansteigen-Exkursionen. Nach 14 Tagen ist in gewöhnlichen Fällen der Knochen soweit konsolidirt, dass er keines fixirenden Verbandes mehr bedarf. Nur bei Gelenkbrüchen lässt er noch während der Nacht für die nächste Woche die Schiene tragen wegen etwaiger unbewusster Bewegungen der Pat. Nach 14 Tagen lässt er auch bei Gelenkbrüchen aktive Bewegungen beginnen. Die Durchschnittsdauer beträgt bei seiner Methode 28 Tage. Diese Methode leistet ihm bei allen Fällen, wo nicht aussergewöhnliche Komplikationen in's Spiel kommen, gleich gute Dienste, sowohl bei komplizirten, wie bei subkutanen Frakturen, wie auch bei operativ angelegten komplizirten Frakturen bei Osteotomien u. s. w.

Er schliesst mit einigen kurzen Krankengeschichten und mit einer Tabelle von 103 Fällen, die nach dieser "rapiden" Methode theils von ihm, theils von Anderen mit gutem Erfolg behandelt sind.

(Ref. möchte zunächst gegen die Bezeichnung "rapid" Einwendung erheben; denn eine Methode, die doch immerhin p. p. 4 Wochen zur Heilung gebraucht, kann wohl kaum den Anspruch auf ein solches Epitheton erheben. Ausserdem ist wohl in vielen Fällen in 14 Tagen die Konsolidation der Knochen noch nicht so fest, dass man den immobilisirenden Verband entbehren möchte, um nicht nachträglich Difformitäten entstehen zu sehen. Dass frühzeitige passive und aktive Bewegungen bei Brüchen in der Nähe von Gelenken und durch dieselben nöthig sind, um die allerdings so häufigen Gelenksteifigkeiten zu vermeiden, und dass in dem Punkte manche Unterlassungssünden begangen werden, wird wohl Jeder leicht zugeben, aber bei den gar so früh begonnenen passiven und aktiven Bewegungen (mit Ausnahme vielleicht der Mittelhand und Fingergelenke, um Verwachsungen der Sehnenscheiden zu verhüten) kann leicht mehr geschadet als genützt werden. Die Narkose ist ja für den Operateur immer sehr angenehm, aber in vielen, wenn nicht der grösseren Mehrzahl von Fällen gewiss leicht entbehrlich.)

L. E. Borchem. – Fracture of the coracoid process of the scapula. — *The Atlanta Medical and Surgical Journal*; New Series, Vol. III. No. 3, p. 161.

B. fand diese seltene Verletzung bei einem 66jährigen Mann durch Hufschlag entstanden. Die Dislokation war gering und heilte die Verletzung durch einfache Lagerung in einer Mitelle bei stark flektirtem Vorderarm.

W. C. Wile. — Surgical Notes from the case-book of a general Practitioner. — Reprint from *New English Medical Monthly;* July, 1886.

W. sah in einem Fall von Hydrocele, der anfangs mit Abzapfen und Einspritzen reiner Carbolsäure behandelt worden war, partielle Gangrän des Scrotum mit sehr bedrohlichen Allgemeinerscheinungen.

Schmidt. — Ein Fall von totaler Uterus-Exstirpation und Nephrectomie in einer Sitzung mit glücklichem Erfolg. — *Münchener Medizinische Wochenschrift:* 1886, No. 40.

Bei einer von Bardenheuer am 24. Juli d. J. ausgeführten vaginalen Uterus-Exstirpation, die gegen engen Introitus vaginae und schwer beweglichen Uterus grössere Schwierigkeiten darbot entdeckte B., dass er bei der Exstirpation ein etwa 2cm. langes Stück des rechten Ureter, der dicht an der carcinomatösen Partie lag, mit herausgeschnitten hatte. Da Patient (49 Jahr alt) wenig Blut verloren hatte und in gutem Kräftezustand war, entschloss sich B. zur sofortigen Exstirpation der Niere, die er (mit Thürflügelschnitt) in 2 Minuten vollendete. Ausser Unterbindung des Nierenstieles, der mit 2 Seidenfäden gesichert wurde, waren keine Ligaturen nöthig. Ungestörter Heilungsverlauf.

In der Epikrise erläutert Schmidt die Berechtigung dieses zweiten gewaltigen Eingriffes, den ja auch der Erfolg genügend gerechtfertigt hat.

Kroenlein. — Ueber Lungenchirurgie. — *Berliner Klinische Wochenschrift;* No. 82, 1886.

K. berichtet über einen Fall von Thoraxwand-Lungenresektion wegen rezividirenden Rundzellensarkoms, das er vor 2 Jahren (*ibid.* 1884 No. 9) operirt hat. Patient ist während der ganzen Zeit gesund gewesen und von blühendem Aussehen. Die linke Seite ist eingesunken, doch funktionirt die Lunge vollkommen und kann bei genauer Untersuchung nichts Krankhaftes gefunden werden.

W. P. Cheatham. — A unique Case; Urinary Calculus sloughed out through the perineum. — *North Carol. Medical Journal;* Vol. XVII. No. 10.

Ein Neger brachte im Mai 19. d. J. einen Blasenstein von ca. 32,5g. Gewicht, den sein 8jähriger Stiefsohn beim Gehen in der Stube durch seine Genitelien verloren haben sollte.

Ch. fand einen grossen Theil des Perinäum, das ganze Skrotum und beide Hoden brandig zerstört und abgestossen, und eine Blasendarmfistel, die für den Zeigefinger durchgängig war. Unter roborirender Behandlung und Carbolumschlägen überhäutete sich der grosse Defekt und der — sehr degenerirte — Allgemeingszustand hob sich. (Die Blasendarmfistel wurde durch Bougies offen gehalten in der Zeit vom 10. April bis zum 10. Mai. Mitte August trat in Folge vernachlässigter Bougirung Urininfiltration mit sehr bedrohlichen Erscheinungen ein, doch erholte sich Patient nach Eröffnung der Fistel und zahlreichen, tiefen Skarifikationen wider Erwarten. Im folgenden Sommer starb er an Dysenterie. G. D.

Laryngologie und Rhinologie.

Dr. Farlow. — Abnormal Artery of the pharynx. — *Proceedings of the Massachusetts Medical Society* in *Boston Medical and Surgical Journal,* May 13, 1886.

Dr. Farlow stellte in der Sektion für innere Medizin und Pathologie ein zwölfjähriges Mädchen vor, bei welchem er eine grosse Arterie in schräger Richtung an der hintern Pharynxwand verlaufen sehen und dieselbe auch mit dem Finger pulsiren fühlen konnte. Dieselbe war

grösser als die Radialarterie und bloss von Schleimhaut bedeckt. F. weist auf die Seltenheit dieser Anomalie und deren Wichtigkeit bei Operationen im Halse hin.

F. Donaldson. — A case of congenital defect of the epiglottis. — *New York Medical Journal*, August 7, 1886.

Ein von ihm beobachteter Fall von angeborenem, fast vollständigem Fehlen der Epiglottis gab D. Veranlassung deren Antheil am Schlingakte zu studiren und kommt er nach Analyse der Literatur über diesen Gegenstand zu folgenden Schlüssen :

1. Die Epiglottis dient dazu, den Larynx gegen Nahrungseintritt in denselben zu beschützen.
2. Diese Funktion übt gewöhnlich ihr unteres Drittel aus.
3. Sie wird darin unterstützt durch kombinirte Bewegung des Larynx und der Zunge beim Schlucken und durch die grosse Sensibilität der Schleimhäute.
4. Diese verschiedenen Agentien sind gewöhnlich vereint thätig, können sich aber bei Ausfall eines derselben gegenseitig supplementiren.

B. Loewenberg. — Ueber Exstirpation der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraume nebst Beschreibung eines neuen Instrumentes zu dieser Operation. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*; 22. April 1885.

L. war von den bisher empfohlenen Instrumenten, sowie auch von der von ihm angegebenen Hohlmeisselzange für die Operation der Adenome nicht befriedigt und konstruirte desshalb ein von Innen schneidendes, ovales, auf die Fläche gebogenes Messer, in dessen schneidenden Ring sich eine mittelst eines an dem Handgriffe angebrachten Knopfes bewegliche Schutzplatte einlegt. Wenn geschlossen, schützt dieselbe die Weichtheile des Rachens beim Einführen des Instrumentes, wenn zurückgezogen, die hintere Gaumensegelfläche bei der Operation, während die stumpfen Aussenränder des ovalen Ringmessers die Nachbartheile im Nasenrachenraume, vorzüglich die Lippen der Eustachischen Röhre vor Verletzung bewahren. Die Operation — hebelartige Bewegungen mit dem Messer — kann rasch und gründlich gemacht werden, setzt glatte, leicht heilende Wundflächen, und ist das Instrument auch in den Händen eines Ungeübten ein gefahrloses Werkzeug.

M. Bresgen. — Die Beziehungen der erkrankten Nasenschleimhaut zum Asthma und dessen rhinochirurgische Heilung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 3. Juni 1880.—W. Lublinski, Boecher und H. Krause über denselben Gegenstand, aus den *Verhandlungen des Vereins für innere Medizin. Ibidem*; 10. u. 17. Juni, 1. u. 8. Juli u. 12. Aug. 1886.

Während Bresgen der Ansicht ist, dass alle Asthmakranke chronische Katarrhe in den obersten Luftwegen, wahrscheinlich durchgehends in der Nase, bei sachgenauer Untersuchung aufweisen und den Sitz der Erkrankung hauptsächlich in die Schwellkörper verlegt, unvollkommene Resultate aber mangelhafter Technik oder ungenügender Energie zuschreibt, giebt Lublinski zu, dass von allen Stellen der Nase aus, welche Schwellkörper enthalten, Asthmaanfalle ausgelöst werden können, bestreitet aber, dass nur von diesen Stellen aus der asthmatische Prozess

seinen Ursprung nehme, da ja bekanntlich die verschiedenartigsten Erkrankungen der oberen Luftwege Asthma auslösen können (siehe Referat in der *N. Y. Medizinische Presse*; Februar 1886, p. 141). Er sucht den Grund in einer erhöhten Reizbarkeit der Nasennerven, vornehmlich des Trigeminus und seiner Zweige bei hierzu disponirten (neurasthenischen) Patienten. Boecher stellt sich vollständig auf den negativen Standpunkt, betrachtet die Schwellbarkeit der Schleimhaut nicht für abnorm, und ist ihm, wenn Asthma nach einer Operation in der Nase verschwindet, dies kein Beweis für den reflektorischen Charakter dieses Asthma's. Er substituirt mechanische Erklärungsversuche an Stelle der Theorie der Reflexneurosen. Krause schliesst in vermittelnden Worten die Diskussion mit dem Hinweis auf die häufigen und hauptsächlich vorhandenen Neurosen, die in der Nase ihren Ausgangspunkt haben. Das nasale Athma ist nach ihm als eine krankhaft gesteigerte Erregbarkeit der sensiblen Trigeminusfasern der Nasenschleimhaut aufzufassen, welche bei hinreichender Stärke des Reizes Anfälle von exspiratorischer Athmungshemmung reflektorisch zu vermitteln im Stande ist.

Ph. Schech. — Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminusneurose. — *Münchener Medizinische Wochenschrift;* 1. Juni 1886.

Patient, 23 Jahre alt, erlitt im 6. Jahre Bruch des Nasenbeins, bekam mit 20 Jahren heftige Schmerzen in der Tiefe der Nase, die sich mit der Zeit bis zum Unerträglichen steigerten. Die Untersuchung ergab unter Anderen heftige Schmerzen an der Nasenwurzel und vielen Punkten des Gesichtes, Hypertrophie der Nasenschleimhaut und Knochenentzündung am obersten Theile der mittleren Muschel, dabei tonische, meist jedoch klonische Kontraktionen des weichen Gaumens 40 bis 120mal in der Minute, verbunden mit hörbarem krachendem Geräusch, das durch Bewegungen der schleimverklebten Tubenwände verursacht wurde. Die Therapie war erfolglos, Lues muste ausgeschlossen und auf eine Resektion des am meisten ergriffenen *Nervus ethmoidalis* wurde — da zu wenig versprechend — Verzicht geleistet.

F. W. Hinkel. — Report of a case of tubercular ulceration of the Pharynx. — *Medical Press of Western New York;* May, 1886.

Fall von Pharynxtuberkulose bei einem Mann von etwa zwei Monaten Dauer. Sitz der Affektion: die beiden vorderen und hinteren Gaumenbögen mit Ausdehnung nach oben in den Nasenrachenraum, nach unten bis zur Epiglottis und den ary-epiglottischen Falten. Behandlung: Jodoform und Morphium; Cocain gab wenig Erleichterung.

In einem kurzen Auszug eines Vortrages im *Boston Medical and Surgical Journal* vom 27. Mai von Dr. Delaron in der *American Laryngological Association* fand er in 24 zusammengestellten Fällen von Pharynxtuberkulose die längste Lebensdauer 2½ Jahre, die kürzeste 10 Wochen.

Th. Hering. — L'acide lactique comme moyen curatif des ulcerations tuberculeuses du larynx. — *Annales des maladies d'oreille ;* Juillet 1886.

H. legt der *französischen Gesellschaft für Laryngologie und Rhinologie*

seine Resultate von Milchsäurebehandlung bei zwanzig Larynxphthisikern vor. Vollständige Vernarbung der Geschwüre mit Besserung der Lunge und des Allgemeinbefindens: 2 Fälle; nahezu vollständige Vernarbung der Geschwüre und Besserung des Allgemeinzustandes: 2 Fälle; theilweise Vernarbung mit folgender Rezidive: 2 Fälle; Besserung des Aussehens der Geschwüre: 3 Fälle; Verminderung der Schluckbeschwerden: 3 Fälle; keine Besserung: 4 Fälle; Tod: 2 Fälle — demnach Heilung (der Larynxgeschwüre) in 4, nahezu vollständige Heilung in 2, bedeutende Besserung in 2, Besserung einzelner Symptome in 6 Patienten. Die Technik ist dieselbe wie die der früheren Autoren, und stimmen die gewiss zur Nachahmung auffordernden Resultate im Allgemeinen mit den Experimenten überein, die seines Wissens Ref. als der Erste hier zu Lande vorgenommen. (*S. N. Y. Medical Record:* Jan. 16, 1886.)

Ramon de la Sota Y. Loesta. — Lupus of the throat. — *N. Y. Medical Journal;* July 10, 1886. —

Beschreibung eines günstig verlaufenen Falles von Lupus im Pharynx bei einem 60jährigen Kollegen, der als Epitheliom angesehen worden war. Der Autor empfiehlt innere Medikation neben topischer Anwendung von Milchsäure.

A. Tasano. — Zwei merkwürdige Fälle von Kehlkopf-Erysipelas etc. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde;* May, 1886.

Ein schwächlicher, phthisisch belasteter Bursche durchnässte sich gründlich auf dem Heimwege von einer am Typhus erkrankten Tante, bekam Nachts hohes Fieber und heftige Rachenbeschwerden. Das Laryngoskop zeigte kolossale Anschwellung und Röthe der Epiglottis und aryepiglottischen Falten, Oedem des Zäpfchens und Gaumenbogens. Tod am vierten Tage; die mikroskopische Untersuchung wies die Fehleisen'schen Erysipelaskokken nach. Unmittelbar darauf erkrankte der Onkel des Vorigen unter denselben Erscheinungen; derselbe war jedoch nach circa einer Woche genesen.

Th. Hering. — Des troubles nerveux qui compliquent parfois les affections du pharynx.—*Revue mensuelle de Laryngologie etc:* April, 1886. —

Drei Fälle von anhaltendem Krampfhusten, welcher in zweien durch Granulationen an der seitlichen Pharynxwand, in dem dritten durch eine leicht hypertrophirte Tonsille verursacht war, und durch operative Eingriffe definitiv beseitigt wurde. In einem vierten Patienten hatte galvanokaustische Behandlung von Granulationen an der hinteren Pharynxwand neun Tage dauernden *Torticollis* zur Folge.

C. C. Rice. — Unusual causes of coughing. — *N. Y. Medical Record;* May 1, 1886. (Also Reprint.)

R. beschreibt zwei bis jetzt wenig berücksichtigte Ursachen des Hustens, deren Uebersehen leicht zu einer falschen Diagnose und erfolglosen Therapie führen kann. Hypertrophische Papillen an der Zungenbasis, die den vierten Theil der Epiglottis bedeckten, gaben, wenn die Epiglottis sich frei machte, Veranlassung zu Krampfhusten bei einer Patientin; bei einer andern war eine Asymmetrie der Epiglottis mit in einer Spitze endigenden Verlängerung gegen den Zungengrund vorhanden. Nach Abtragung der Anomalie erfolgte definitive Heilung.

F. J. Knight. — Laryngeal vertigo. — *N. Y. Medical Journal*; July 10, 1885. (Also Reprint.)

Man versteht darunter einen Hustenanfall, der augenblicklich von Schwindel und momentaner Bewustlosigkeit gefolgt ist. Die Analyse von vierzehn anderweitig publizirten und zwei eigenen Fällen veranlassen K. zu folgender Schlussbetrachtung: Es ist Thatsache, dass Hustenanfälle unangenehme Empfindungen im Kopfe und manchmal Bewustlosigkeit hervorrufen. Die einfachste Erklärung hierfür ist eine direkte Störung der Blutcirculation im Gehirn, in Folge von Kompression der grossen Gefässe und selbst des Herzens.

Ed. T. Brouen. — A case simulating a mediastinal tumor with special laryngeal symptoms. — *Maryland Medical Journal;* July 3d, 1886.

Ein rechtseitig am Uebergang des Pharynx in den Oesophagus aufsitzender Epithelialkrebs hatte während Lebzeiten einen Mediastinaltumor vorgetäuscht. Die Larynxsymptome waren paroxysmenweise auftretende Dyspnöe, Husten und zuletzt Dysphagie. Die Stimme war ungewöhnlich hoch, das Laryngoskop zeigte das rechte Stimmband unbeweglich in der Mittellinie in Phonationsstellung. Zwei weitere ähnliche Fälle, mit gleicher Position des betreffenden Stimmbandes, werden ausserdem noch kurz angeführt.

Helbing. — Zur Behandlung des Spasmus glottidis phonatorius (aus der Jurasz'schen Klinik). — *Münchener Medizinische Wochenschrift;* 27. Juli 1886.

Nachdem der betreffende Patient schon mit verschiedenen Mitteln erfolglos behandelt worden, machte Jurasz eine Bepinselung des Larynx mit 10-proz. Cocainlösung, die dem Kranken augenblicklich ermöglichte, laut und deutlich zu sprechen. Die Besserung dauerte nahezu ein halbes Jahr, und hatte dann bei einem leichten Rückfall dieselbe Applikation gleichen Erfolg.

J. Solis Cohen, Philadelphia. — Trois cas de compression du nerf laryngé récurrent de causes différentes, avec fixeté de la corde vocale gauche dans la position phonatoire. — *Ibidem*; Sept., 1886.

Cohen, welcher sich auch der oben erwähnten Auffassung Krause's anschliesst, giebt die Geschichte folgender drei Fälle:

1. Aneurysma des Aortenbogens und der linken Subclavia, krampfartige Fixation des linken Stimmbandes in Phonationsstellung.

2. Dieselbe Position des linken Stimmbandes mit Kompression der Trachea durch Schilddrüsentumor, dabei Hypertrophie und klonische Kontraktur des rechten Stimmbandes.

3. Dasselbe Stimmband in Phonationsstellung in Folge eines linksseitigen Pleuraergusses mit Dislokation des Herzens.

H. Krause. — Aphonia und Dyspnoea (laryngo-) spastica. — *Berliner Klinische Wochenschrift;* 23. August 1886.

K. sucht durch den vorliegenden Fall seine Behauptung, die permanente Medianstellung der Stimmbänder, welche bisher als Abduktorenparese aufgefasst wurde, sei als Adduktorenkrampf aufzufassen, auf's Neue zu unterstützen. Der Kranke mit beginnender multipler

Sklerose hat stenotische Inspiration, etwas leichtere Exspiration, fast unverständliche, mühsame Sprache mit Stimmbändern dauernd fest in Medianstellung. Eine 10-proz. Lösung von Cocain, die schon früher auf der Berliner Klinik gegen laryngospastische Anfälle der Tabetiker erfolgreich angewendet worden war, erzielte zuerst Besserung der Athmung und nach 11 Tagen auch Wiederkehr der Stimme. Diese nicht genug zu betonende Wirkungsweise des Cocain und der ganze Symptomenkomplex machen Krause die Diagnose eines 14 Tage dauernden Tetanus der gesammten Kehlkopfmuskulatur, welcher zu hochgradigster Glottisverengerung, Phonations- und Respirationsstörungen geführt hat, unzweifelhaft.

A. Weil. — Lähmung der Glottiserweiterer als initiales Symptom der Tabes dorsalis. — *Berliner Klinische Wochenschrift;* 29. März 1886.

Patient bekam während plötzlicher, grösster Aufregung einen Anfall hochgradigster Athemnoth, mit dabei unveränderter Stimme, der sich nach einem Jahre wiederholte. Die Untersuchung 4 Wochen später ergab tabetische Symptome, auf Lues beruhend; das Laryngoskop zeigte die Glottis bei der Exspiration 2—3mm. weit klaffend, bei der Inspiration nahezu spaltförmig verlegt; Stimme rein und laut. W. stellte im Gegensatz zu Krause, (siehe vorhergehendes Referat), die Diagnose von doppelseitiger Lähmung der Abduktoren und betont, dass in seinem Falle die Kehlkopferscheinungen das erste Symptom der beginnenden Tabes waren, wesshalb es wichtig sei, jeden unklaren Fall von Posticuslähmung (besser Medianstellung der Stimmbänder, Ref.) auf Tabes zu prüfen.

C. Hirschmann.—Paralysie des muscles crico-aryténoidiens postérieurs; Tuberculose pulmonaire; Tabes dorsalis. — *Annales des maladies d'oreille, du larynx, du nez et du pharynx;* May, 1886.

Patientin, eine 43-jährige Näherin, bemerkte eines Morgens, dass sie schielte. Drei Jahre später traten Chorea-Anfälle auf, gefolgt von Husten; mehrere Jahre nachher heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten und Gürtelgefühl. Bei der Untersuchung acht Jahre nach Beginn der Krankheit wurde, ausser Tuberkulose der Lunge, Abwesenheit von Patellar-Reflex und vollständige Aphonie, die plötzlich aufgetreten und von persistenter Dyspnoe gefolgt war, konstatirt. Das Laryngoskop ergab keine Läsion des Larynx, aber phonatorische Stellung der Stimmbänder in der Mittellinie mit einem freien Zwischenraume von nur 1 bis 2mm. Bei der Seltenheit von Posticuslähmung in Folge von Tuberkulose glaubt H. dieselbe als von Tabes abhängig betrachten zu müssen.

J. Charazac. — Les fibres abductrices des récurrente sont-elles toujours affectées les premières? — *Revue mensuelle de laryngologie;* Mai 1886.

Ch.'s Patient bemerkte vier Monate vor der Untersuchung Veränderung der Stimme mit rasch folgender Aphonie; gleichzeitig Entwicklung einer rechtsseitigen Geschwulst am Halse, die einen Kropf repräsentirte. Die Stimmbänder waren bei der Respiration in normaler Lage, bei der Phonation zeigte sich das rechte gelähmt, beugte sich nicht gegen die Mitte zu, sondern beschrieb bloss einen konkaven Bogen,

durch welchen man in die Trachea sehen konnte. Dieser Fall von Lähmung nach Kompression des Recurrens widerspricht nach Ch. der Theorie Semon's, nach welcher in Folge von organischen Läsionen keine Paralyse der Adduktoren, sondern immer zuerst eine solche der Abduktoren erfolge.

Franklin H. Hooper. — Concerning the positions of paralyzed vocal bands; from the Physiological Laboratory, Harvard Med. School.—*N. Y. Medical Journal;* June 5th, 1886.

Die Tendenz des Artikels ist, zu zeigen, dass es unrichtig ist, aus einer gewissen anomalen Stellung des Stimmbandes immer auf eine Lähmung des betreffenden Muskels zu schliessen, da mehr als ein Faktor bei diesen Zuständen in Betracht kömmt. H. stützt seine Ansicht durch selbstgemachte Experimente und anatomisch-physiologische Deduktionen.

J. Gavel. — Centre cortical laryngé; Paralysies vocales d'origine cérébrale. —*Revue mensuelle de Laryngologie*, etc.; Mai 1885.

Den bis jetzt bekannten 5 Fällen, welche auf ein motorisches Larynxcentrum im Gehirn schliessen lassen, fügt G. drei weitere hinzu, von welchen besonders der eine für diese Frage von grösster Wichtigkeit ist, da die im Leben gemachte Diagnose durch die Sektion bestätigt wurde. Eine 72jährige Frau wurde in Folge von Apoplexie rechtsseitig gelähmt mit Verlust der Sprache, und war G. bei der laryngoskopischen Untersuchung überrascht, nicht wie er erwartet hatte, das rechte, sondern das linke Stimmband gelähmt zu finden, Er diagnostizirte desshalb ausser den zu erwartenden Läsionen der linken Gehirnhemisphäre einen lokalisirten Erkrankungsheerd der dritten Stirnwindung der rechten Hemisphäre, welche auch bei der Sektion in ihrem hintern Ende im Stadium der Erweichung sich zeigte.

G. Coupard. — 1. Tumeur sanguine (kyste) du larynx; 2. Polype muqueuse et kyste sanguin du larynx. *Ibidem* ; Septbr. 1886.

Bei dem ersten Patienten begann die Krankheit mit Rauhigkeit der Stimme, gefolgt von blutigem Auswurf. C. entdeckte zwischen und unter den Stimmbändern einen 2 mm. grossen rundlichen, rothen Tumor. Nach Entfernung dersselben erfolgte Heilung. Im zweiten Falle zeigte sich drei Monate nach Abreissung eines Polypen eine ähnliche Geschwulst an derselben Stelle wie beim vorigen Patienten und entleerte die Cyste Blut beim Einstich. Die Fälle sind wegen ihrer Seltenheit erwähnenswerth.

Max Thorner.—The removal of foreign bodies from the larynx.—*Cincinnati Lancet and Clinic;* July 24, 1886. (Also Reprint).

Einem Knaben von 15 Jahren war während raschen Laufens eine vom Wind getragene Spitzklette in den Larynx geflogen, welche im vorderen Winkel zwischen und theilweise unter den Stimmbändern sich hart einkeilte und nur hinten eine kleine Oeffnung frei liess. Mehrere Versuche mit verschiedenen Zangen waren wegen der Schwierigkeit die Klette in ihrem grössten Durchmesser zu fassen, erfolglos, bis T. auf

die Idee kam, den Voltolinischen Schwamm, der bisher bloss zur Entfernung von Neubildungen empfohlen und angewandt wurde, unter die Klette zu bringen und durch gewaltsamen plötzlichen Zug nach oben sie auf diese Weise los zu machen, wonach sie sogleich aus dem Munde herausfuhr. Es gebührt T. demnach das Verdienst, der allzusehr vernachlässigten Voltolinischen Schwammmethode ein neues Feld eröffnet zu haben.

K. Orth. — Zwei Fälle von Kehlkopfstenose. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*; 22. Juli 1886.

Beide Kranke litten an Perichondritis des Ringknorpels nach Typhus und wurden nach gemachter Tracheotomie mit Schroeter'schen Larynxkathetern behandelt. Der eine genas vollständig mit klarer Stimme und wurden die Trachealkanüle nach etwa 14 Monaten entfernt; der andere trug die Kanüle noch nach 3½ Jahren und sprach mittelst der falschen Stimmbänder mit rauher Stimme.

R. W. Lovett. — The delayed removal of tracheotomy-tubes with cases. — *Boston Medical and Surgical Journal:* July 22, 1886.

Die häufigste Ursache ungenügenden Luftdurchganges und damit der Unmöglichkeit die Trachealkanüle zu entfernen, sind nach L. Granulationen, die an den Wänden der Trachea wuchern, ferner solche, die sich an der Narbe während und nach der Heilung der Trachealwunde bilden. Ein weiterer Grund ist einerseits Glottiskrampf, andererseits Stimmbandlähmung nach Diphtherie, schliesslich die seltenen Fälle von Kollaps der Trachea und Narbenverengerungen im Innern des Larynx und der Trachea. Vier Patienten mit obigen Formen der Erkrankung genasen nach langem Tragen der Kanüle (in einem Falle nahezu sechs Monate) ohne eingreifende Behandlung — einmal musste sekundäre Tracheotomie gemacht werden.

Labus. — Papillom am 5. Luftröhrenknorpel auf laryngoskopischem Wege entfernt. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde;* April 1886.

Der bis jetzt bekannte neunte, und des Autors dritter Fall von endotrachealer Behandlung von Tumoren. L.'s Patient erschwerte das Einführen der Pincette durch vorhandene Kyphose der ersten Rückenwirbel, doch gelang in sieben Sitzungen die Entfernung von circa 60 Stücken eines *Papilloma racemosum.* Die vor der Operation vorhandene Dyspnöe verschwand und war auch, obwohl der Patient manchmal Papillomstückchen aushustete, nach 4 Monaten nicht wiedergekehrt.

Die Herrn Kollegen sind freundlichst gebeten, Abdrücke ihrer Publikationen entweder an den Referenten (117 2. Ave.) oder an den Herausgeber der N. Y. Med. Presse schicken zu wollen.

Berichtigung.

Auf Seite 217 der letzten Nummer, Z. 1 u. 2 v. u., sollte es heissen : Neue Folge, Band III — anstatt Band III, 1845.

—o DIE o—

New-Yorker Medizinische Presse,

herausgegeben von der

GERMAN MEDICAL PRESS COMPANY.

EMIL STOESSEL, Ph.D., - - - - - - - - - Manager.

No. 23 VANDEWATER STREET, NEW YORK.

Erscheint monatlich.

Dr. GEO. W. RACHEL, Redakteur.

Preis: - - $2.50 per annum, in Vorausbezahlung.

Manuskripte, Zuschriften, Geldsendungen, Reklamationen ausbleibender Nummern u. s. w. sind zu richten an die „New-Yorker Medizinische Presse, No. 23 Vandewater Street, New York."

Separat-Abdrücke.—Unsere Mitarbeiter werden ersucht, sich wegen Separat-Abdrücken mit der Cherouny Printing Co. in's Einvernehmen zu setzen. *Zwanzig Abzüge ohne Umschlag liefern wir kostenfrei,* wenn solche gleichzeitig mit Uebersendung des Artikels verlangt werden.

Dr. Delafield's Behandlung des chronischen Magenkatarrhs.

Vor der *Association of American Physicians* hielt der Präsident derselben, Dr. Francis Delafield, — einer unserer praktisch und theoretisch tüchtigsten Kliniker*) — einen Vortrag über die *Gastritis catharrhalis chronica*, aus welchem wir nicht umhin können, unseren Lesern dasjenige vorzulegen, was er über die Behandlung dieser oft allen Bemühungen des Arztes widerstehenden Affektion gesagt.

Um eine erfolgreiche Behandlung der chronischen Gastritis zu unternehmen, ist es zunächst wichtig, die zu lösende Aufgabe vollkommen klar zu stellen. Wir müssen zuerst im Auge behalten, dass nicht alle Patienten,welche irgendwelche gastrischen Symptome zeigen, auch nothwendigerweise chronische Gastritis haben. Ganz abgesehen von Denen, welche an Magenkrebs oder Magengeschwür oder nur an funktionellen Verdauungsstörungen leiden, giebt es viele Andere, bei welchen diese Störungen durch Krankheiten anderer Organe bedingt sind. Anämie, Mutterleiden, neurotische und hysterische Zustände, und endlich Obstipation pflegen derartig zu wirken. Bei alten Leuten ist die Magen-Verdauung oft einfach in Folge des Alters gestört. Bei allen diesen verschiedenen Zuständen muss eine passende Behandlung eingeschlagen werden; doch ist das nicht diejenige des chronischen Magenkatarrhs.

Ferner ist zu beachten, dass in vielen Fällen von chronischer Gastritis eine Besserung der Symptome Alles ist, was wir erreichen können. Das gilt von dem chronischen Magenkatarrh, welcher als Begleitung von Herzkrankheiten, Emphysem, Phthisis, Cirrhosis, Bright'scher Krankheit, Gicht, Rheumatismus und Alkoholismus auftritt. Ebenso müssen wir von allen denjenigen Fällen absehen, in welchen die Entzündung bereits eine Verödung der peptischen und Schleim-Drüsen

*) Er bekleidet seit Jahren an Stelle von Alonzo Clark, Professor emeritus, die Professur für Medizin und Pathologie am hiesigen *College of Physicians and Surgeons.*

herbeigeführt hat. Nachdem alle diese verschiedenen Formen ausgeschlossen sind, bleibt noch immer eine grosse Anzahl von Fällen chronischen Magenkatarrhs übrig, denen man nicht nur in ihren Symptomen Erleichterung verschaffen, sondern die man völlig wiederherstellen kann.

Es ist einleuchtend, wenn man die Natur dieses Leidens in Betracht zieht, dass nicht bloss eine palliative, sondern irgend eine Behandlung, welche die endgültige Heilung bezweckt, von langer Dauer sein und dass dieselbe von Zeit zu Zeit wieder eingeleitet werden muss, sobald die unvermeidlichen Rückfälle auftreten. Die verschiedenen Methoden, nach denen verfahren werden kann, sind folgende :

1. Heilung durch Klimawechsel und Veränderung der ganzen Lebensweise.
2. Regulirung der Diät.
3. Medikamentöse Behandlung, und
4. Lokale Anwendung gewisser Arzneimittel auf die entzündete Schleimhaut.

Delafield hält die Veränderung des Klimas, sowie der ganzen Lebensweise für das sicherste Mittel zur Heilung des chronischen Magenkatarrhs. Es ist unnöthig, in dieser Beziehung bestimmte Regeln aufzustellen. Die beiden Hauptpunkte in Bezug auf das zu wählende Klima sind die, dass der Patient erstens sich daselbst meist im Freien aufhalten kann, und dass er zweitens daselbst entweder einige Jahre hintereinander oder wenigstens jährlich mehrere Monate zubringt.

Die Regulirung der Diät ist für jeden speziellen Fall von grösster Wichtigkeit. Bei seinen Versuchen, um die beste Ernährungsweise für diese Art Patienten ausfindig zu machen, kam D. zu dem Schlusse, dass die einzig richtige Methode die folgende ist : Man lässt die Patienten versuchsweise verschiedene Nahrungsmittel zu sich nehmen und spült nach einigen Stunden den Magen aus, um zu sehen, wie viel davon verdaut und aus dem Magen weitergeführt worden ist. Die Anwendung dieser völlig empirischen Methode setzt nun D. in den Stand, folgende Sätze als durch seine Erfahrungen begründet, aufzustellen:

Diese Patienten müssen gut genährt werden; Hungerkuren führen nie zum Ziele.

Der Magen bedarf durchaus keiner Ruhe in dem Sinne, dass ihm das Geschäft der Verdauung ganz abgenommen werden soll; es ist im Gegentheil dem Magen viel dienlicher, wenn er zur Ausübung seiner physiologischen Verdauungsfunktion angehalten wird.

Die Ideen der Patienten darüber, was ihnen bekommt und was nicht, sind fast immer durchaus falsch. Sie pflegen sich entweder auszuhungern oder die am wenigsten nahrhaften Speisen auszuwählen.

Der Gebrauch von künstlich verdauten Nahrungsmitteln oder von Substanzen, welche die Verdauung befördern sollen, wie z. B. Pepsin, ist überflüssig.

Stärkehaltige Nahrungsmittel, Hafer- und Maismehl, Brod, Hülsenfrüchte und die sogenannten Gesundheitsnährmittel (*Health Foods*) sind in der Regel schlecht geeignet. Ein Theil derselben bleibt immer stundenlang unverdaut im Magen zurück.

Milch ist bei Erwachsenen von sehr ungewisser Wirkung; einigen thut sie sehr gut, anderen wieder ganz und gar nicht.

Fleisch dagegen wird meist schnell und vollständig verdaut; doch giebt es auch hier dann und wann Ausnahmen.

Gemüse und Früchte dürfen gegessen werden, doch müssen die verschiedenen Sorten jedesmal experimentell festgestellt werden.

Es ist aber unmöglich, irgend einen Fall von chronischem Magenkatarrh durch Regulirung der Diät allein zu kuriren. Selbst eine absolute Milch-Diät, obgleich sie oft die Symptome bedeutend bessert, ist in der Regel von vorübergehender Wirkung, so dass der Patient nur einen Zeitverlust hat, wenn er diese Kur anwendet, anstatt sich sofort einer wirksamen Behandlungsweise zu unterziehen.

Namentlich in den ersten Stadien der Krankheit ist der Gebrauch gewisser medikamentöser Mittel von grossem Vortheile. Zu dieser Zeit erleichtern sie oft die lästigsten Symptome und scheinen manchmal thatsächlich die Entzündung zu beseitigen. In der späteren Periode wird ihr Gebrauch immer weniger von Erfolg begleitet. Doch ist die Liste der zuverlässigen Mittel nicht sehr gross: Natron-, Kali- und Wismuth-Salze, unorganische Säuren, Glycerin, manchmal Karbolsäure, manchmal Jodoform, dann und wann Amara. Wenn diese nicht anschlagen ist es kaum der Mühe werth, sich nach anderen umzusehen. Wenn die drei besprochenen Punkte gleichzeitig berücksichtigt werden können, so dass die Lebensweise des Patienten völlig verändert, die Diät regulirt und die passenden Medikamente angewendet werden können, dann ist natürlich die Aussicht auf Erfolg um so besser.

Die örtliche Behandlung der Magenschleimhaut durch Einführung gewisser Mittel in den Magen ist die wirksamste Behandlungsweise von solchen Patienten, welche nicht im Stande sind, ihren Wohnort und ihr Geschäft zu verlassen. Behufs Einführung derselben, welche D. immer in Form von Lösungen vornimmt, führt man eine weiche Gummiröhre ein und wendet ziemliche Quantitäten an. Dadurch kommt das Mittel mit allen Theilen der Schleimhaut in Berührung, was sehr wichtig ist, wenn auch meist die Erkrankung in der Gegend des Pylorus ihren Sitz hat. Die Ausspülungen sollten immer gemacht werden, wenn genügend Zeit nach einer Mahlzeit verflossen ist, so dass der Magen möglichst leer ist. Für viele Patienten

genügen Ausspülungen einfach mit warmem Wasser in ziemlichen Mengen. Bei anderen wiederum pflegt D. verschiedene Mittel, wie Alkalien, Säuren, Wismuth, Karbolsäure, Salicylsäure-Salze, Jodoform, Belladonna, Ipecacuanba und Gelsemium dem Wasser beizumischen.

Während der ersten Woche ist es meist räthlich, strikte Milchdiät einzuführen und zwar auch bei Patienten, die für gewöhnlich keine Milch geniessen können. Dann lässt man ausserdem eine Fleischmahlzeit während des Tages dazu nehmen. Danach wird zur Mahlzeit allmälig auch Frucht, Gemüse und Brod gegeben. Dann giebt es zwei Mahlzeiten täglich, statt einer, und zuletzt drei ; dabei wird die Quantität der Milch stetig reduzirt, ja sie kann endlich ganz und gar weggelassen werden.

Während der ersten Woche dieser Kur darf man natürlich keine Besserung erwarten. Ja, es mag ein noch viel grösserer Zeitraum vergehen, während dessen die Geduld des Arztes und das Zutrauen des Patienten auf eine harte Probe gestellt werden. Früher oder später jedoch tritt die Besserung ein ; Uebelkeit und Erbrechen hören auf, die den Magenkatarrh begleitende Verstopfung oder Diarrhöe bessert sich, die Flatulenz lässt nach, der Kopfschmerz wird seltener und der Kräftezustand wird vor Allem bedeutend besser. Das Aussehen des Patienten, sein Gewicht, sein Appetit, sein Schlaf, seine Laune — alles dies zeigt den Umschwung zum Besseren. Die Gastralgie jedoch ist dasjenige von allen Symptomen, welches am längsten persistirt.

Der Patient sollte immer mindestens 2—3 Monate unter der Aufsicht des Arztes bleiben und die Lokalbehandlung sollten stets von diesem selbst vorgenommen werden. Dann kann man den Patienten zwar entlassen ; doch muss derselbe die Magenausspülungen noch weiter fortsetzen, welche er Anfangs einen Tag um den anderen, später zweimal und zuletzt einmal die Woche selbst vorzunehmen hat. Die fast regelmässig eintretenden Rezidive werden in gleicher Weise behandelt und weichen dieselben dann der angegebenen Behandlung viel schneller.

In die Allgemeine Poliklinik in Wien werden an Stelle Bandl's und Woelfler's zwei Dozenten der Universität eintreten, u. z. an Stelle B.'s Dr. Pawlik, früher Klinischer Assistent der Professoren C. Braun und G. Braun, und an Stelle W.'s Dr. Maydl, bisher Klinischer Assistent von Prof. Albert.

Die Ernennung zweier weiblicher Schulkommissäre, Mrs. Agnew und Mrs. Dodge, ist ein sehr erfreulicher Umstand. Fast noch nöthiger aber, als dies, wäre die Ernennung mindestens eines tüchtigen Mediziners, welcher die Hygiene zu seinem speziellen Studium gemacht — denn von der allernöthigsten, nämlich der Ernennung tüchtiger Pädagogen, muss man nach dem leider hier eingebürgerten Usus doch ganz absehen.

Harvard's Jubiläum.

In Gegenwart des Präsidenten der Vereinigten Staaten, des Gouverneurs von Massachusetts und einer grossen Anzahl berühmter Gelehrten und Staatsmänner, sowie aller „alten Herren", denen es möglich war, ihre *Alma mater* zu besuchen, wurde das zweihundertundfünfzigjährige Jubiläum der Gründung des *Harvard College* in Cambridge gefeiert.

Die Gründung der Anstalt wurde am 7. November des Jahres 1636 von dem *General Court of the Colony*, welcher in Boston tagte, beschlossen. Die ursprüngliche Bewilligung betrug vierhundert Pfund Sterling, eine namhafte Summe für die damalige Zeit. Es war wohl das erste Mal in der Geschichte der englisch-sprechenden Gemeinwesen, dass ein solcher Beschluss gefasst wurde; denn die Ausgabe fiel ja doch den Steuerzahlern zu, deren selbstgewählte Behörde dieser *Court* war. Es wurde nun zwar im folgenden Jahre in *Newtown* — welches in Erinnerung an den gleichnamigen *College*-Sitz in England in *Cambridge* umgetauft wurde — ein passendes Besitzthum ausgesucht und einem aus den angesehensten Leuten bestehenden Comité von Zwölf übergeben. Doch ging es mit dem Bauen nicht so schnell; erst als John Harvard testamentarisch der zu gründenden Anstalt die Hälfte seines Vermögens und seine ganze aus 260 Bänden bestehende Bibliothek vermacht hatte, konnte damit begonnen werden. Das Beispiel des englischen Küsters, der erst zwei Jahre vorher seiner Gesundheit halber — er litt und starb an der Schwindsucht — über den Ozean gekommen war, fand bald Nachahmung und freiwillige Gaben flossen nun unaufhörlich in kleinen und grösseren Summen ein. Die Einrichtung des *College* wurde, nachdem das Gebäude von einem ungetreuen Schächer (Nathaniel Eaton), der einen Theil der Gelder veruntreute, aufgeführt worden war, einem englischen Geistlichen, (Henry Dunster) übertragen und derselbe im Jahre 1640 zum ersten Präsidenten des *Harvard College* ernannt. Nach zwei Jahren (1642) fanden die ersten Abgangsprüfungen statt — ein sprechender Beweis dafür, welch' mittelmässige *Latin-School* die Anstalt damals war.

Die Organisation der *Harvard College Corporation* (Sieben) und des *Board of Overseers* (Dreissig) ist noch beinahe dieselbe, wie sie in dem Freibriefe des *College* vor 240 Jahren festgesetzt wurde. Die erstgenannte Behörde verwaltet das Eigenthum und ernennt alle Beamten; doch müssen letztere von den *Overseers* bestätigt werden. Ebenso können Vakanzen in der *Corporation* nur dann durch Ernennung neuer Mitglieder gefüllt werden, wenn die *Overseers* sowohl zur Wahl erst vorher ihre Erlaubniss geben, wie nachher die Ernennungen bestätigen. Diese Einrichtung hat es ermöglicht, dass das *Harvard College* niemals irgend welchen Pfaffen-Cliquen in die Hände gefallen ist, so dass das traurige

Grundübel amerikanischer Erziehungs- und Bildungs-Anstalten — die religiöse Sektirerei — niemals daselbst Fuss fassen konnte. Denn der *Board of Overseers* wird aus der Mitte der *Alumni* des *College* von diesen selbst gewählt, während seit der Zeit, als der liberal gesinnte *General Court* die ersten sieben *Trustees* der *Corporation* ernannte, nur sehr selten und ausnahmsweise engherzige und allzukonservative Männer diese Stellung eingenommen haben. Denn man wusste wohl, dass dieselben meistens sehr geringe Aussicht hatten, von den *Overseers* bestätigt zu werden.

Alle Hetzereien und Intriguen der Calvinisten konnten daher diesem von echt puritanischer Freisinnigkeit zeugenden Verwaltungsmodus nichts anhaben. Die Ersteren mussten sich deshalb damit begnügen, Hexen zu verbrennen, ein Zeitvertreib, welchen der puritanische *General Court* zwar mit Abscheu von sich gewiesen, den er aber Jenen leider nicht verbieten konnte.

Nachdem das Land und mit ihm *Harvard College* sich von den schweren Verlusten, welche der Revolutionskrieg beiden auferlegt, erholt, begann Letzteres seine segensreiche Thätigkeit zu erweitern. Dem einfachen „Gymnasium" nach deutschen Begriffen wurden seit Anfang dieses Jahrhunderts folgende Lehranstalten für bestimmte Studien beigeordnet:

A School of Divinity,
A School of Medicine,
A Scientific School,
A School of Agriculture,
A Dental School,
A School of Veterinary Surgery.

Ausserdem dienen den verschiedenen Studien das Agassiz Museum, ein astronomisches Observatorium, ein botanischer Garten und eine Baumschule.

Die medizinische Abtheilung, welche für uns das meiste Interesse hat, gehört mit zu den besten des Landes, und schon seit Jahren ist daselbst nicht nur eine Aufnahmeprüfung, sondern auch ein bestimmtes *Curriculum* in Bezug auf die Fächer eingeführt, welche in jedem Studienjahre speziell zu betreiben sind. Leider giebt es noch verhältnissmässig sehr wenige unter unseren *Medical Colleges*, von denen sich dasselbe sagen liesse.

Ob James Russell Lowell Recht hatte, als er in seiner Festrede vor dem allzuliberalen fortschrittlichen Geiste warnte, welcher in den verwaltenden Behörden das *College* gegenwärtig thätig ist, bleibt fraglich.

Er wendete sich namentlich gegen die Einführung des sogenannten "*Elective System*," welches den Studenten in Bezug auf ihre Studien — soweit sie nicht speziell Fachstudien sind, und nicht mit einer Fachprüfuug enden sollen — fast volle Freiheit lässt, so dass sie sich die

zu lernenden Gegenstände und Fächer in sehr weiten Schranken selbst aussuchen können. Allerdings ist die Folge davon die, dass die unter dem Namen der "klassischen Studien" bekannten Fächer — namentlich also Griechisch und Lateinisch — nicht mehr so zahlreiche Jünger finden ; doch ist das der Zug der Zeit, welcher auch in anderen Kulturländern sich geltend macht. Ist doch zwischen den deutschen Schulmännern und Gelehrten der gleiche Kampf im Gange, welcher erst kürzlich durch einen von Prof. Dr. E. Mach a. d. deutschen Universität zu Prag gehaltenen Vortrag ("Der relative Bildungswerth der philosophischen und der mathematisch-naturwissenschaftlichen Unterrichtsfächer der höheren Schulen") wieder in Fluss gekommen ist.

Sei dem, wie ihm wolle — *Fair Harvard* ist eine Anstalt, auf welche die Yankees stolz sein können. Aus dem kleinen Seminar ist eine Universität geworden, die diese Bezeichnung mit vollem Rechte führen darf. Und in wie grossen Ehren das Volk von Massachusetts sein *Harvard* hält, das beweisen die freigebigen Vermächtnisse, welche der Universität unausgesetzt zufliessen. Die Sicherheit, mit welcher man beim Tode eines nur einigermassen wohlhabenden Bürgers (resp. Bürgerin) in Massachusetts auf ein Legat für *Harvard College* rechnen kann, wird am besten durch das Witzwort charakterisirt, dass die Nachlassrichter in jenem Staate einen Erblasser für "*non compos mentis*" zu erklären pflegen, wenn er dieser Universität nichts vermacht hat.

Gustav Bandl.

Prof. Bandl, dessen Tod vor einigen Tagen telegraphisch angezeigt wurde, hatte sich unter den Fachgenossen solche Anerkennung und unter seinen Freunden und Bekannten solche Achtung und Liebe erworben, dass seine Ernennung zum Professor in Prag mit grosser Freude und Genugthuung begrüsst wurde. Leider sollte diese Freude nicht von langer Dauer sein. Bald darauf kam die traurige Nachricht, dass Bandl durch ein Gemüthsleiden von der Uebernahme der Professur abgehalten sei und dieser Nachricht folgte kurz darauf die erschütternde Kunde von seinem Ableben.

In der Blüthe der Jahre stehend, geistig und körperlich noch jugendlich, dem Anscheine nach bestimmt, noch viele Jahre in dem Fache, in dem er so Ausgezeichnetes geleistet, mit gleichem Erfolge fortzuwirken, wurde er, gerade am Ziele seiner Wünsche angekommen, von dem Schauplatze einer glänzenden Thätigkeit abberufen. Sein allzufrüher Tod ist ein schwer zu ersetzender Verlust.

Prof. Bandl hatte sich auf dem geburtshülflichen und gynäkologischen Gebiete in sehr hervorragender und ehrenvoller Weise ausgezeichnet. Er hat zwar verhältnissmässig wenig geschrieben, aber die geringe Quantität seiner Arbeiten wird mehr wie gut gemacht durch die Qualität derselben. Langsam und sicher hatte er sich zu einer beneidenswerthen wissenschaftlichen Stellung emporgearbeitet. Mit glänzenden Anlagen ausgestattet, benutzte er dieselben mit unermüdlicher Ausdauer und eisernem Fleisse.

Als Dr. N. Bozeman vor einem Dezennium seine Methode der Vaginal-Fistel-Operation in Wien demonstrirte, war Prof. Bandl sein eifrigster Schüler. In Kurzem gelang es ihm nicht nur die Methode vollkommen zu bemeistern, sondern er trug auch wesentlich dazu bei, dass die Vaginal-Fistel-Operationen zu einer bis dahin ungeahnten Vollkommenheit gebracht worden ist.

Prof. Bandl's Untersuchungen über den Cervix uteri während der Schwangerschaft wurden von den Fachgenossen mit sehr grossem Beifall aufgenommen. Epochemachend und für immer ihm einen Namen in der Geburtshülfe sichernd ist seine Abhandlung über die Ruptur des Uterus. Nach jahrelangem Studium gelang es ihm, gestützt auf eine reiche klinische Erfahrung, das Räthsel zu lösen, an dessen Lösung sich so viele Andere vor ihm vergeblich abgemüht haben.

Als Mitarbeiter an „Billroth's Frauenkrankheiten" zeigte Prof. Bandl, dass er dieselbe Meisterschaft auf gynäkologischem Gebiete besass, wie sie ihm schon auf dem geburtshülflichen vorher zugestanden worden war.

In allen seinen Forschungen ging er ruhigen, gemessenen Ganges, dem edelsten Ziele des menschlichen Strebens — der Erforschung der Wahrheit — zu ; unbeirrt durch das hastige Jagen und Rennen um ihn her. Nie liess er sich verleiten, Theorieen aufzustellen oder Massregeln zu empfehlen, die er nicht vorher gründlich geprüft und richtig befunden hatte. Nie ist der Schatten einer Effekthascherei auf ihn gefallen. Grosse Bescheidenheit, peinliche Gewissenhaftigkeit, ernstes Streben und rührende Humanität waren in all' seinem Thun und Lassen ausgesprochen.

Seine Schüler aus aller Herren Länder, und diese zählen nach Tausenden, achteten und verehrten ihn als Lehrer und liebten ihn als Kollegen. Er war als Forscher und Arzt ein edles Vorbild für einen strebsamen Mediziner. Ehre seinem Angedenken!

Dr. J. Kucher.

Dr. Eugen Lauer.

Am Sonntag, den 31. October, verschied im verhältnissmässig frühen Alter von 40 Jahren nach nur 3tägigem Kranksein an maligner Diphtherie ein deutscher Arzt, dessen gedeihliches Wirken eine Erwähnung verdient. Dr. Lauer war von Geburt ein Hessen-Darmstädter, erhielt seine Gymnasialbildung zu Giessen und studirte daselbst und in Marburg Medizin. Er promovirte an der Universität Marburg und erlangte im Jahre 1868 die Approbation, fungirte hierauf kurze Zeit als Schiffsarzt eines Hamburger Dampfers, machte später den deutsch-französischen Krieg mit und war während der Belagerung von Paris als Arzt thätig.

Im Jahre 1873 kam er nach Amerika und liess sich in New York als praktischer Arzt nieder. Ausgerüstet mit gediegenen Fachkenntnissen und durchdrungen von der hohen Verantwortlichkeit seines Berufes, verschaffte er sich im Laufe der Jahre einen bedeutenden Wirkungskreis. Dem *Deutschen Dispensary* schloss er sich vor 12 Jahren an, und versah, als Ordinarius der internen Abtheilung für Männer, den oft schweren und ermüdenden Dienst mit seltener Gewissenhaftigkeit und Pünktlichkeit bis wenige Tage vor seinem Tode.

Seine wissenschaftlichen Bestrebungen, denen jede Ostentation fehlte,

sicherten ihm unter seinen Collegen eine achtunggebietende Stellung. Er betheiligte sich so oft es seine Zeit erlaubte an den wissenschaftlichen Sitzungen der Hospital- und Dispensary-Aerzte und lieferte gelegentlich kleinere Beiträge von Interesse und Werth. Seine letzte Mittheilung über einen Fall von primärem Nierensarkom ist in No. 41, Jahrgang 1885 der *Berliner Klin. Wochenschrift* veröffentlicht worden.

Durch seinen frühzeitigen Tod erleiden in erster Linie seine Gattin und seine Adoptiv-Kinder einen unersetzlichen Verlust. Das Publikum verliert einen vorzüglich geschulten und gewissenhaften ärztlichen Rathgeber und unter den Collegen, speziell im Kreise des Vereins der Aerzte der *Deutschen Dispensary* wird Dr. Eugen Lauer als ehrenhafter, intelligenter und erfolgreicher deutscher Arzt stets in hohem Andenken bleiben. Friede seiner Asche!

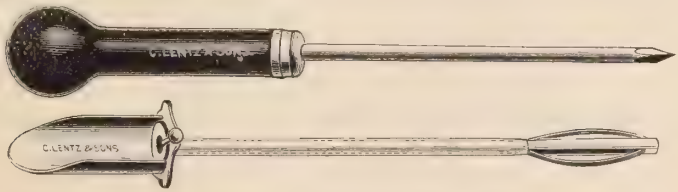
Kleinere Mittheilungen.

An die Redaktion der N. Y. Medizinischen Presse.

Philadelphia, 28. Oktober 1886.

Der häufige Verschluss der Kanüle bei der Parazentese des Unterleibs durch vorliegende Darmschlingen oder Theile des Netzes veranlasste mich, die aus dem beigefügten Holzschnitte ersichtliche Vorrichtung an derselben anzubringen.

Die obengenannte Verlegung der Kanüle geschieht gewöhnlich, nachdem etwa ein Pint (250 g.) der Flüssigkeit abgelassen worden ist. Es wird dann häufig zu verschiedenen Manövern, wie z. B. zum Versuch, die Gedärme wegzuschieben, oder, was viel schlimmer ist, zum Einführen einer Sonde durch die Kanüle Zuflucht genommen, aber meistens ohne Erfolg.



Jene obengenannte Vorrichtung ist nun folgende:

In der Kanüle befindet sich eine dünnere und etwas längere Kanüle, welche stumpf und mit zwei langen Fenstern versehen ist. In diesen Fenstern sind Federn sehr fest angelöthet, um das Abbrechen in der Bauchhöhle zu verhindern. Wird nun die Parazentese gemacht, und hört durch obengenannte Ursachen der weitere Abfluss aus der Kanüle auf, so wird die soeben beschriebene innere Kanüle durch die erste eingeführt und durch das Hervortreten der Federn das Hinderniss beseitigt.

Um dem etwaigen Vorwurf zu begegnen, dass sich möglicherweise Darmschlingen oder Theile des Netzes in den Federn fangen und beim Zurückziehen verwundet werden könnten, muss bemerkt werden, dass dies in verschiedenen Operationen, die damit gemacht wurden, noch niemals beobachtet worden ist. Experimente an der Leiche haben dasselbe ergeben.

Das Instrument kann mit jedem Trokar, dessen Kanüle weiter als No. 16 der französischen Skala ist, gebraucht werden; dasselbe wird von Chas. Lentz & Sons, No. 18 N. 11. Str. (Philadelphia) fabrizirt.

Dr. John S. Miller, *Assist. a. d. chir. Klin. d. Jeff. Med. C. Hosp.*

Bücherschau.

A. C. Bernays. — Ideal Cholecystotomy. — Reprint from *Weekly Med. Review*; Oct. 3d, 1885.

Bernays berichtet über einen von ihm operirten Fall von Gallenblasensteinen, der als solcher erst während der Operation — Explorativ-Laparotomie — erkannt wurde, da weder die klinischen Erscheinungen, noch die Gestalt der sehr bedeutend vergrösserten Gallenblase auf die Diagnose hinwiesen. Selbst nachdem die Gallenblase zur Bauchwunde herausgedrängt war, war sie mit klarem dickem Schleim so voll gefüllt, dass die Steine nicht durchgefühlt werden konnten, bis die Blase entleert war. Nach Entleerung der Konkremente schloss B. die (circa $1\frac{1}{2}$" lange) Gallenblasenwunde durch 7 durchgreifende Knopfnähte und legte darüber eine Reihe von 8 Lambert'schen Nähten u. z. so, dass die beiden Endnähte über resp. unter den Endpunkten der Inzisionswunde liegen. Recht übersichtliche Holzschnitte machen die Anlegung der Nähte sehr gut verständlich. Als Nähmaterial benutzt er feinste Seide. "Lister'sche" oder "antiseptische *tricks* (?)" wendet er nicht an, nur klares Wasser (nicht sterilisirt? Ref.). Mit Ausnahme von heftigem Erbrechen reiner Galle am Abend und in der Nacht nach der Operation ging die Heilung glatt von Statten und verliess Pat. am 21. Tage das Bett.

Es folgen Bemerkungen über Anatomie der Gallenblase und macht B. auf eine Abnormität, eine sehr breite und kurze Kommunikation der Gallenblase mit dem Gallengang aufmerksam, die eventuell bei Operationen zu berücksichtigen wäre. Die physiologische Wirksamkeit der Galle erklärt er für äusserst gering und dieselbe "fast, wenn nicht gänzlich" für ein Exkret, wie den Urin. Dann bespricht er die vier Operationsmethoden bei Gallensteinen.

1. Sims' Operation, die von Lawson Tait adoptirt worden ist, mit Bildung einer Gallenblasenbauchfistel (42 Operationen mit 10 Todesfällen; Mortalität = 23.5 %).

2. Eröffnung und Entleerung der Blase, Schliessung der Inzisionswunde durch Nähte und Versenken des Organs an seinen physiologischen Platz (5 Fälle mit 2 Todesfällen; Mortalität 40%).

3. Langenbuch's Operation (Cholecystektomie), Exstirpation der Gallenblase (6 Fälle mit 2 Todesfällen; Mortalität $33\frac{3}{4}$ %), und endlich

4. v. Winiwarter's Cholecystenterotomie, Herstellung einer direkten Kommunikation zwischen Gallenblase und Dünndarm.

B. lässt diese letzten Operationen ganz aus dem Bereich seiner Betrachtungen und wendet sich hauptsächlich gegen Langenbuch's Cholecystotomie, die er nicht zur Entfernung von Gallensteinen angewendet wissen will, sondern nur zur Entfernung der unheilbar erkrankten Gallenblase selbst.

Der Sims'schen Methode, die dem Spontanheilungsprozess nachahmt (*natural Colecystotomy*) zieht er die seine vor, da sie eigentlich eine volle *restitutio ad integrum* herstellt, daher die Bezeichnung *ideal cholecystotomy*. B. schliesst seine werthvolle Arbeit mit folgenden 9 Thesen:

1. Operations-Behandlung des Gallenblasensystems ist indizirt bei folgenden Zuständen:
   - *a.* Gelbsucht;
   - *b.* Kolikschmerzen und Geschwulstbildung im rechten Hypochondrium;
   - *c.* Eiterung;
   - *d.* Peritonitis (durch Perforation eines Gallensteines), wenn diese Symptome zusammen oder auch vereinzelt auftreten; schliesslich
   - *e.* Maligne-Erkrankung der Gallenblase.

2. Explorativ-Laparotomie ist zur Feststellung der Diagnose der Akupunktur oder Aspiration vorzuziehen.

3. Inzision in der *Linea alba* ist dem üblichen Schnitt parallel dem Rippenrand vorzuziehen.

4. Das Ausfliessen der Galle durch eine Bauchfistel ist für den Organismus unschädlich, da die Galle nur die Bedeutung eines Exkretes (wie Urin) hat.

5. Gelbsucht ist keine Kontraindikation zur Operation.

6. Die drei in Frage stehenden Operations-Methoden sind natürliche (Sims'), ideale (Bernays) Cholecystotomie und (Langenbach's) Cholecystektomie. Cholecystenterotomie (v. Winiwarter) kann noch nicht unter die bewährten Operationen gerechnet werden.

7. Ideale Cholecystotomie ist angezeigt, wenn die Gallenblase von normaler Struktur ist, und die Gallenwege von allen Konkrementen gereinigt sind.

8. Natürliche Cholecystotomie ist am Platz, wenn die Gallenblase selbst ulzerirt oder vereitert ist, oder wenn die verstopfenden Konkremente nicht alle entfernt werden können.

9. Die Exstirpation der Gallenblase bleibt beschränkt auf sonst unheilbare und bösartige Erkrankung der Gallenblase selbst. —

In der *London Lancet* vom 13. Febr. 1886, wendet sich Lawson Tait gegen 2 Punkte in B.'s Arbeit; zunächst will er Langenbuch's Operation ganz verwerfen, da bei krebsiger Erkrankung der Gallenblase durch die Operation "nicht die geringste Aussicht vorhanden sei" Rezidive zu verhindern, und er sonst keine unheilbare Erkrankung der Gallenblase kennt. Gegen die "ideale" Cholecystotomie wendet er ein, dass es bei Versenkung der Gallenblase zur Eiterung und Perforation kommen könnte, und auch, im Falle neue Gallensteine sich wieder bildeten — abgesehen davon, dass es nicht immer möglich sei, die Entfernung aller Konkremente mit Sicherheit auszuführen und zu erkennen — eine Wiederholung der Operation nöthig würde.

Hierauf erwidert Bernays (*Note on Cholecystotomy*, Reply to Mr. Lawson Tait, F. R. C. S., *The Weekly Med. Review*, Aug. 14, 1886), dass er die malignen Erkrankungen der Blase selbst hoffnungsvoller betrachtet, und dass man gerade bei der isolirten Lage des Organs durch radikale und frühzeitige Operation Aussicht auf radikale Heilung haben kann, und wenn selbst einem Rezidiv nicht vorgebeugt werden kann, doch die Operation als Palliativ-Massregel ihre volle Berechtigung hat. Gegen die Einwendung Tait's gegen die "ideale" Cholecystotomie macht B. zunächst geltend, dass man von dem Schnitt in der *Linea alba* aus alle Gallengänge genügend abtasten kann, um sich von dem Vorhandensein eines Konkrementes zu überzeugen. Vor der Eiterung bei normalem Blasengewebe (These 7) glaubt er unter Beobachtung strenger Asepsis sicher zu sein, und bei Neubildung von Gallensteinen würde die Sims'sche Methode erneute Operation erfordern, wie die "ideale" Cholecystotomie — die Patienten sich also unter gleichen Verhältnissen befinden. Er hält also Tait gegenüber seine 9 Thesen in vollem Umfang aufrecht und weist schliesslich noch darauf hin, dass seine Patienten bis jetzt (Aug. 1886, seit Oct. 1885) vollständig gesund sind. G. D.

(Bei der Redaktion eingegangene Bücher, Broschüren etc.)

Die Zimmer-Gymnastik, von Dr. B. Fromm; mit 71 in den Text gedruckten Figuren; Berlin 1887; Aug. Hirschwald.

Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen. Handbuch der Diätetik etc., von Dr. J. Munk, Doc. a. d. Univ. Berlin und Dr. J. Uffelmann, a. o. Prof. u. Vorst. d. hyg. Inst. a. d. Univ. Rostock; mit einer Farbentafel; Wien u. Leipzig; Urban u. Schwarzenberg; 1887.

Proceedings of the Eighth Annual Meeting of the N. Y. State Pharm. Association, held in Rochester, June 8th, 9th and 10th, 1886; Elmira, N. Y.; Advertiser Ass'n, 1886.

Die Brasdor'sche Operation bei Aneurysmen des Arcus Aortae und der Anonyma, von Dr. Jul. Rosenstirn, prakt. Arzt in San Francisco, Cal.; Separat-Abdruck aus v. Langenbeck's *Archiv für Chirurgie*; Bd. XXXIV; Heft I.

Ein Fall von Xanthoma bei Cirrhose der Leber, von Dr. E. Hertzka (Carlsbad i. B.), Sept. Abdr. aus d. *Berl. Klin. Wochenschrift*, No. 39, 1881.

Katalog zur wissenschaftlichen Ausstellung der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte; her. von Dr. Oscar Lassar; Berlin 1886; Aug. Hirschwald.

Beiträge zur Rachitisdiscussion, von Dr. Robert W. Raudnitz; Sept-Abdr. a. d. *Prager Med. Wochenschrift*, No. 37, 1886. Verlag v. F. Tempsky in Prag.

Removal of Placenta after Abortion by Dr. W. T. Cheatham (Henderson, N. C.); Reprint *N. Y. Med. Record.*, Jan. 2d, 1886.

Ueber die allgemeine Verwendbarkeit der Lustgas-Sauerstoffnarkosen in der Chirurgie etc.; Vortr. geh. vor der 59. Vers. d. Naturf. und Aerzte am 21. Sept. 1886 von Dr. H. Th. Hillischer, prakt. Arzt und Zahnarzt in Wien; K. K. Hofbuchhandlung von Wilhelm Frick; Wien 1886.

Sitzungsberichte von Gesellschaften.

Medizinisch-Chirurgische Gesellschaft deutscher Aerzte der Stadt New York und Umgegend.

Sitzung vom 4. October 1886.

Vorsitzender: Präsident Dr. C. Heitzmann.
Sekretär: Dr. Willy Meyer.

Nach einer kurzen Exekutiv-Sitzung, in welcher von drei Kandidaten zwei als Mitglieder aufgenommen wurden, stellte:

Dr. Nicolai

Einen seltenen Fall von Keloid

vor.

(Der Vortrag, welcher die Vorstellung begleitete, ist auf S. 233 abgedruckt.)

Diskussion.

Dr. Heitzmann hält den Fall auch für einen seltenen, zumal wegen der vorhandenen Anamnese. Er weist auf die vermittelst Elektrolyse erzielten günstigen Heilresultate beim Keloid hin und bittet den als Gast anwesenden Dr. Julius Althaus aus London, welcher diese Behandlung zuerst vorgeschlagen und ausgeführt, über seine Erfahrungen zu berichten.

Dr. Althaus hat eine ziemliche Anzahl Fälle von Keloid mit Elektrolyse behandelt, doch recht ungünstige Resultate gehabt. Man kann die Neubildung schon damit zerstören, aber es treten regelmässig Rezidive ein. Ein Fall wurde 6-mal bis zum Verschwinden der Geschwulst gebessert, aber schon nach 14 Tagen war die erkrankte Stelle fast ebenso gross als früher. Redner hat deswegen in den letzten Jahren die elektrolytische Behandlung des Keloid aufgegeben. Nur die neuralgischen Schmerzen im Keloid werden durch die Elektrolyse beseitigt, ebenso wie beim Skirrhus. Auch gewisse Skirrhus-Knoten schmelzen mit Elektrolyse; man kann aber nicht von einer Heilung reden.

Eine Anfrage Dr. Klotz's, ob Keloid-Geschwulst überall auftrat, wo die grüne Seife eingerieben wurde, und ob dies ohne Substanz-Verlust geschehen, beantwortet Dr. Nicolai bejahend.

Dr. Klotz bemerkt weiter, dass sich viele Fälle von Keloid in einer Narbe entwickeln, und von da aus verbreiten. Er meint, es sei erst recht schwer, Grenzen zu ziehen, wo Narbe aufhört und Keloid anfängt.

Dr. Leviseur berichtet über einen ähnlichen Fall aus der Litteratur. Ein Patient mit Psoriasis wurde entsprechend behandelt und geheilt. Es trat ein Rezidiv ein, das mit Jod-Präparaten bekämpft wurde. Danach entstand ein Keloid. In der betreffenden Abhandlung wird unterschieden zwischen idiopathischem Keloid, hypertrophischer Narbe und dem Keloid in, oder in der Umgebung von hypertropischen Narben, ferner die Disposition des Patienten zur Bildung von Keloid betont. Diese wird dann durch den mechanischen Reiz zum Ausbruch gebracht. Noch weitere derartige Fälle sind bekannt. Es ist deswegen bei Anwendung reizender Mittel bei Hautkrankheiten Vorsicht gerathen. Redner hält diesen Fall für idiopathisches Keloid bei besonderer Disposition.

Dr. Heitzmann hat einen *Naevus pigmentosus* vom Kinn eines 25-jährigen Mädchens mit Saltpetersäure fortgeätzt und danach das Entstehen einer hypertrophischen Narbe beobachtet. Dieselbe wurde später

nach Anwendung des Lapisstiftes völlig seicht. Dr. H. vermuthet, dass die durch Elektrolyse geheilten Fälle von Keloid ähnliche hypertrophische Narben waren.

Dr. F. Lange demonstrirt hierauf einen Fall mit folgender Geschichte: Pynephrotische Steinniere links; akute Obstruktion des Ureters rechts; Beiderseitige Nephrotomie.

Ende September 1885 sah ich in Konsultation mit Dr. Neumer den Patienten I., welcher etwa 33 Jahre alt, angeblich seit den ersten Jünglingsjahren an mehr oder weniger starken Harnbeschwerden und Eiterabsonderung im Urin gelitten hatte. In den letzten Monaten hatten sich die Beschwerden des Patienten bei zunehmender Eiterung ganz ausserordentlich gesteigert, so dass er in Folge des quälenden, fast beständigen Harndranges schlaflos geworden, und sehr heruntergekommen war. Der Urin hatte angeblich niemals eine blutige Färbung gezeigt und enthielt makroskopisch wie mikroskopisch lediglich grosse Massen Eiter. Die Untersuchung der Blase fiel negativ aus. Dagegen fühlte man der linken Nierengegend entsprechend eine der Schätzung nach, etwa kindskopfgrosse Geschwulst, welche bei dem bestehenden Symptomencomplex als Pynophrose aufgefasst wurde. Auch die rechte Niere war der Palpation zugänglich und schien etwas vergrössert und tiefer stehend.

Am 2. October eröffnete ich die linkseitige Geschwulst mittelst Lumbarschnittes. Die Niere war in eine enorm dicke Schwarte eingebettet, von ihrem Parenchym anscheinend fast nichts mehr vorhanden; dagegen fand ich in einem buchtigen Eitersack in grosser Zahl drüsige verzweigte Concremente, welche ihre Ausläufer den Buchten der Nierenkelche entsprechend weiterschickten und in Folge ihrer Verhakungen in diesen unregelmässigen Nischen nicht ohne Mühe zu entfernen waren. Die hierbei unumgängliche Gewebsverletzung veranlasste eine nicht unerhebliche Blutung, so dass ich die Operation bei dem herabgekommenen Zustande des Patienten nicht mit der gewünschten Gründlichkeit beenden konnte. Obwohl ich keine Concremente untersuchte, vermuthete ich doch, dass solche in der Tiefe inmitten einzelner harter Gewebspartieen noch vorhanden sein möchten.

Der Erfolg der Operation war, dass die Eiterung im Urin erheblich abnahm und der Patient sich wesentlich erholte. Auch die Secretion aus der Lumbarwunde wurde bald spärlicher und hatte äusserst geringe Beimengungen von Urin, wohl ein Beweis, dass die Niere als harnabsonderndes Organ ihre Bedeutung für den Organismus fast ganz angebracht hatte. Der Patient wurde nach etwa vier Wochen mit relativ wenig secernirender Fistel gebessert entlassen. Der Urin enthielt noch geringe Mengen Eiter, aber der quälende Harndrang hatte fast ganz aufgehört.

Etwa 7 Wochen nach der ersten Operation erkrankte der Patient, nachdem er einige Tage vorher an Verstopfung gelitten, plötzlich sehr schwer. Er entleerte keinen Urin, auch der Katheter fand die Blase leer. Sein Leib wurde in kurzer Zeit unter quälenden Schmerzen aufgetrieben, so dass von dem damals hinzugerufenen Arzte eine Peritonitis angenommen wurde. Ich sah an Patienten etwa 24 Stunden nach Beginn dieser Symptome. Er sah collabirt aus, hatte bei kühlen Extremitäten einen miserablen Puls. Nase und Extremitäten waren kühl. Ein wüthender Schmerz quälte den beständig stöhnenden, kraftlos daliegenden Mann. Aber trotzdem der ganze Unterleib auf Berührung empfindlich war, schien doch die Hauptlocalisation der Beschwerden in

der rechten Lumbargegend zu sein. Auch war dieselbe leicht hervorgewölbt. Aus diesem Krankheitsbilde schloss ich auf eine Obstruction des Ureters auf der rechten, bis dahin relativ gesunden Seite, und schritt alsbald zu dem Versuch, das bestehende Hinderniss auf operativem Wege zu beseitigen. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit, dass vielleicht von der linken, früher eröffneten Niere her, ein entzündlicher Process auf die rechte Seite übergegriffen und hier eine Compression des Ureters veranlasst haben könnte, erweiterte ich die bestehende Fistel, überzeugte mich aber nach Entfernung einer Anzahl von Concrementen, dass hier kein Weiterschreiten des Processes stattgefunden hatte. Sodann machte ich rechts den Lendenschnitt, fand das Nierenfettgewebe enorm geschwollen, wässerig-eiterig durchtränkt mit einigen kleinen Eiterheerden darin und traf schliesslich nach Blosslegung des erweiterten Nierenbeckens in der angrenzenden Nierensubstanz an der hinteren Fläche des Organs auf einen Abcess, nach dessen Eröffnung ich leicht in das Nierenbecken gelangte. Aus demselben entleerte sich sofort in grosser Menge blutig tingirten Harnes. Ein sodann in den Ureter eingeführtes Bougie traf in der Tiefe von etwa 5 Zoll auf ein Hinderniss, welches jedenfalls nicht das Gefühl eines Concrementes veranlasste. Behufs Beseitigung dieses Hindernisses, machte ich forcirte Injectionen von warmen Wasser in den Ureter und hatte alsbald die Genugthuung, dass ein blassgrauer Pfropf von leicht konischer Form und etwa der Grösse einer Endphalanx eines kleinen Fingers herausgeschleudert wurde. Es erwies sich als bestehend aus einer brockeligen, zerreiblichen, weichen Masse, wahrscheinlich ein entfärbtes Blutcongulum darstellend, in welches zahlreiche Grieskörner eingebettet waren. Es gelang nun sofort die Sondirung des Harnleiters und die Füllung der Blase auf diesem Wege, und von Stund' an erfuhr das Befinden des Patienten einen entscheidenden Umschwung. Schon in den ersten 24 Stunden wurden mehrere Quart Urin durch die Blase entleert, und auch für die nächstfolgenden Tage blieb die Harnmenge unter schneller Besserung der Qualität des Harns eine sehr reichliche. Durch den Lumbarschnitt und das innerhalb der ersten 8 Tage das Nierenbecken drainirende Röhrchen kam sehr wenig Harn nach aussen, dagegen wurde reichlich perinephritisches Zellgewebe abgestossen. Die Heilung erfolgte hier ohne Störung, so dass nach einigen Monaten der Patient seine Arbeit als Zuschneider wieder aufnehmen konnte. Sie sehen, er hat zur Zeit noch eine wenig secernirende Fistel auf der linken, ursprünglich operirten Seite. Dieselbe führt in den immer mehr sich verkleinernden, jetzt anscheinend nicht mehr als orangegrossen pyonephrotischen Nierensack. Steine hat er nicht mehr fühlen können. Der Urin, wovon Sie hier eine Probe sehen, ist fast vollkommen klar, enthält aber nach der letzten Untersuchung noch Spuren von Albumin.

Noch möchte ich behufs Ausführung des Nierenbecken-Schnittes das Vorgehen längs der hinteren Fläche des Organs bei leicht nach der operirten Seite geneigten Bauchlage des Patienten empfehlen. Man gelangt so am sichersten und bequemsten zum Nierenbecken, welches sich näher dem hintern Rande des Nierenhilus inserirt und kommt nicht in Conflict mit den Gefässen, welche in einer mehr nach vorne liegenden Fläche sich der Niere nähern. (*Conf. Annals of Surgery*, 1885, *pag.* 277 *ff.*)

Es folgt hierauf Dr. Waldstein's Vortrag:

Ein Fall von Ekzem mit Krebs der Brustwarze.

(Derselbe ist auf S. 227 abgedruckt.)

Diskussion.

Dr. F. Lange hält es vom praktischen Standpunkte aus für wünschenswerth, solchen besonders hartnäckigen Ekzemen der Brustwarze bei Leuten, die in dem zum Carcinom disponirenden Alter stehen, etwas mehr Aufmerksamkeit zu schenken, weil es bekannt ist, dass sie leicht in Carcinom übergehen können. Er selbst hat nur 3 Fälle von Paget's Disease gesehen, ausserdem noch einen 4. Fall, von dem er glaubt, dass es noch zum Carcinom kommen wird.

Nach einer kurzen Exekutiv-Sitzung, in welcher 4 Kandidaten vorgeschlagen werden, erhält

Dr. J. Kucher das Wort zu seinem Vortrage:

Die Gefahren bei Beckenendlagen.

Redner führt aus, dass die Beckenendlagen in Wirklichkeit nicht gefährlicher sind als die Kopflagen. Gefahr tritt aber oft ein, wenn man zu früh eingreift. Die Hauptsache ist in diesen Fällen einzugreifen, wenn es nöthig ist, und dann zur rechten Zeit, d. h. wenn der nachfolgende Kopf länger als 10—15 Minuten im Becken-Eingange zurückgehalten wurde. Extrahirt man zu früh, so treten für das Kind mehrere Uebelstände ein:

1. Das Orificium wird nicht genügend erweitert.
2. Es werden die Arme hinaufgeschlagen, wodurch diese schwer zu erreichen sind und bei der Entwicklung leicht frakturiren.
3. Das Kinn entfernt sich von der Brust, wodurch man mit dem Finger nicht mehr so gut beim Kinn oder Mund behufs Extrahirens einhaken kann.

Doch auch für die Mutter entstehen leicht üble Folgen durch zu frühes Vorgehen; nicht selten giebt es bedeutende Einrisse und Blutungen am Muttermunde ; ferner Rupturen des Perineums. Um Letzteres zu vermeiden, muss man das Kind heben, am Besten mit Hülfe des Veit-Smallie'schen Handgriffs. Liegt eine Beckenverengerung vor, so ist es sehr zweckmässig, von aussen einen Druck auszuüben. Man kann dies thun, ohne dem Kinde zu schaden, und erleichtert sich die Manipulation sehr. Lässt sich das Kind nicht leicht extrahiren, so könnte man die Zange anwenden. Redner hat sich jedoch auf Grund von 200 selbst beobachteten Fällen von Becken-Endlagen stets dahin ausgesprochen, dass man die Zange völlig entbehren kann. Diese Ansicht dringt allmählig durch.

Diskussion.

Dr. Garrigues stimmt mit dem Redner überein, dass es in der Mehrzahl der Fälle von Becken-Endlagen richtig ist, abzuwarten. Die Beckenverengerung hält er hierzulande für nicht so ganz selten, wie Vortragender. Nur die hohen Grade sieht man nicht häufig. Erkennt man in einem gegebenen Falle, dass die Becken-Endlage Folge einer Becken-Verengerung ist, so sollte man, nach seiner Ansicht, ein Bein herunterarbeiten, damit man jeder Zeit einschreiten kann. In Bezug auf die Nachhülfe erinnert G. noch an den Druck auf den nachkommenden Kopf von oben her. Er fragt ferner bei Dr. Kucher an, ob derselbe Erfahrungen über Anlegen der Zange bei sitzenbleibendem Kinde hat. In ziemlich schwierigen Fällen konnte Dr. Garrigues eine Schlinge über ein Bein legen und auf diese Weise das Kind herausbefördern. Würde er damit keinen Erfolg haben, so würde er nach den befriedigenden diesbezüglichen Berichten Ollivier's in Frankreich entschieden die Zange anlegen.

Dr. L. Weber stimmt den Ansichten des Vortragenden ebenfalls im Grossen und Ganzen bei. Er hat früher in seiner Praxis vielfach bei Becken-Endlagen Hülfe geleistet. 2 Mal schritt er früh ein, wohl wissend, dass das ein Versehen sei. Ein Fuss lag vor. Die Patientinnen waren nicht genügend narkotisirt. Beide Kinder starben. Sonst sind ihm alle Fälle glücklich verlaufen. Er hielt die Kreissende so lange unter Chloroform, bis der Steiss in der Vulva erschien, und half erst dann nach. Auffallend waren ihm ausserordentlich heftige Krampfwehen, wofür er keine besondere Erklärung finden konnte. Beckenverengerung hat er unter seinen vielen Fällen niemals gefunden.

Dr. v. Ramdohr hat, wie Dr. Garrigues, Becken-Verengerungen hier schon häufig gesehen. Nach seiner Ansicht sind die Becken-Endlagen gefährlicher als die anderen. Der Grund liegt darin, dass sie bei prämaturen Fällen, bei Wasserkopf und bei Zwillingen vorkommen. Zange bei nachfolgendem Kopf scheint ihm niemals nothwendig zu sein. Anders bei vollkommener Steisslage. Hier ist sie gewiss besser als Schlinge und Haken.

Dr. Kucher betont in seinem Schlussworte, dass er gesagt habe: ihm sei hier "bis jetzt" noch keine Becken-Verengerung vorgekommen. Wenn wir hören, dass eine Frau hier geboren und unter einigermassen guten Verhältnissen aufgewachsen ist, können wir annehmen, dass keine Verengerung besteht. Für Eingewanderte stimmt dies natürlich nicht, zumal die Becken-Verengerung in der Kindheit entsteht, wie z. B. in Folge von Rachitis. Den von Dr. Garrigues empfohlenen Druck nach unten, von aussen her, hat er erwähnt. Die Zange hat er bei Becken-Endlagen bislang noch nicht angelegt. *A priori* lässt sich ja nicht viel dagegen sagen. Man muss sie nur vorsichtig einführen, um die Weichtheile nicht zu verletzen. Die von Dr. Weber erwähnte überaus grosse und in gar keinem Verhältnisse zur Erweiterung des *Orificium* und zur Dehnung der Weichtheile stehende Schmerzhaftigkeit bemerken wir ja auch bei Abortus und mazerirten Früchten.

Elektro-medizinische Apparate.

Die von der Jerome Kidder Manuf. Co., 820 Broadway, N. Y., erzeugten elektro-medizinischen Apparate geniessen seit langen Jahren eines vorzüglichen Renomés, welches heute noch eben so berechtigt ist, als zur Zeit, wo der Gründer des Geschäftes als Pionier auf diesem Gebiete es sich erwarb. Ausführliche Kataloge werden auf Verlangen gratis versandt.

P. BLAKISTON, SON & CO.,

(Früher Lindsay & Blakiston)

Verlagsbuchhaendler und Importeure.

Medizinische und Wissenschaftliche Werke sind unsere Spezialitaet.

Englische, Französische und Deutsche Bücher und Zeitschriften auf Bestellung importirt.

102 Walnut St., PHILADELPHIA.

THE POLYCLINIC, Eine medizinisch-chirurgische Monatsschrift.